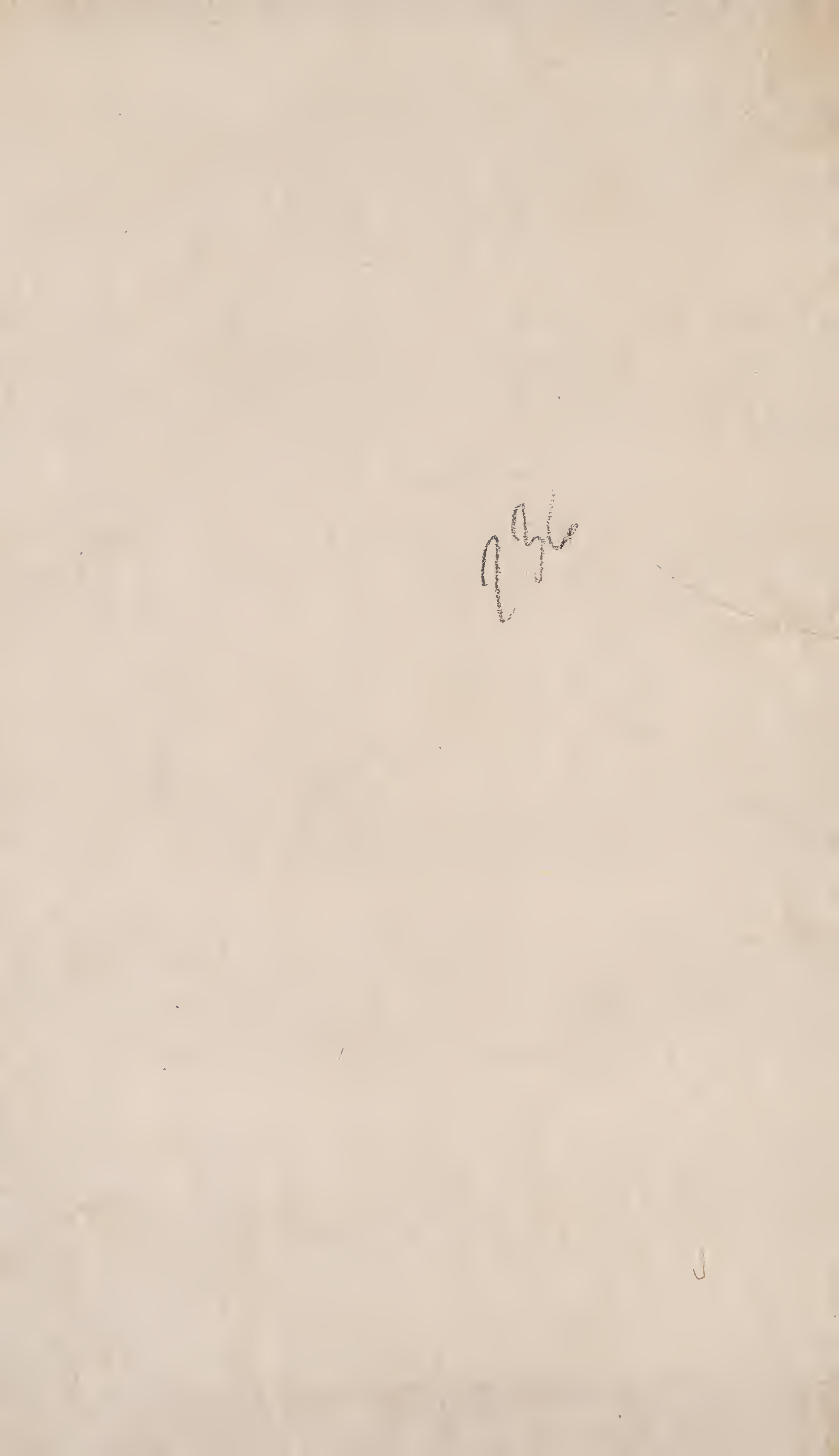






PINEL.

Ambroise Tardieu Direxit.

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE DU DICTIONAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

Vires acquirit eundo.

TOME PREMIER.

PARIS,
C. L. F. PANCKOUCKE, ÉDITEUR,
RUE DES POITEVINS, N°. 14.

1818.

JOURNAL
COMPLÉMENTAIRE
DU
DICTIONAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

C. L. F. PANCKOUCKE, Editeur.

PROSPECTUS.

Les œuvres de l'homme ne sauraient jamais être parfaites, et c'est au moment même où on les croit entièrement achevées, que l'on s'aperçoit de leur imperfection. Cet axiome, senti et reconnu dans tous les siècles éclairés, doit être mis en tête du petit nombre de ceux auxquels les limites naturelles de notre intelligence nous permettent d'arriver. Il pourrait sans doute nous inspirer quelque découragement, si, en essayant d'expliquer l'instabilité des choses humaines, nous n'en trouvions la source dans la plus brillante de nos prérogatives, dans l'heureuse disposition dont notre esprit est doué de chercher à franchir toutes les bornes, et de s'élancer avec d'autant plus d'ardeur vers de nouvelles découvertes, qu'il en a déjà recueilli une plus ample moisson.

Tous les écrits subissent cette loi générale. A peine sont-ils terminés, qu'ils se trouvent en arrière de la science, dont la marche, continue comme celle du temps, est seulement moins régulière; et dès qu'ils comptent quelques années d'existence, ils cessent d'être en rapport avec l'état présent des lumières. Cette vérité n'a peut-être jamais été plus applicable qu'à une époque où la paix, calmant tout d'un coup les convulsions dont l'Europe a été agitée si longtemps, et rendant aux sciences ceux qui en avaient été détournés,

imprime aux esprits une activité qui les dirige surtout vers les études sérieuses, et dont l'élan a dû se faire sentir d'abord chez notre nation, habituée depuis tant d'années à la suprématie dans tous les genres de gloire.

Les dictionaires indiquent, d'une manière assez précise, le point où les diverses branches des connaissances humaines sont parvenues. Ils ont même un certain avantage sur les traités généraux et systématiques, en ce qu'ils n'excluent aucun des rapports sous lesquels on peut envisager et comparer les objets, mais, au contraire, les admettent et les nécessitent tous. Cependant ils ne sont pas moins qu'aucune autre production de l'esprit, sujets à l'inconvénient que nous venons de signaler. Ce vice se fait surtout sentir dans les dictionaires consacrés aux sciences riches en faits, qui, par leur nombre et la variété infinie des explications dont ils sont susceptibles, peuvent fournir les bases d'une foule de théories dissidentes ou même entièrement contradictoires.

Le *Dictionaire des Sciences médicales* a pris un essor inconnu jusqu'à présent dans les productions du même genre; mais un jour il éprouvera le sort commun, et il devra même le subir plus promptement que tout autre ouvrage, par suite de l'esprit dans lequel il est rédigé. En effet, il a pour destination spéciale de constater, si l'on peut s'exprimer ainsi, l'état moyen de la science, depuis 1812. Les principes généraux regardés aujourd'hui comme des vérités fondamentales, peuvent seuls y trouver place. Toute doctrine contestée et toute innovation, quelque heureuse qu'elle soit, doivent en être bannies. On ne peut les y introduire que quand l'assentiment unanime en a proclamé l'excellence. Suivre une autre marche, ce serait manquer le but d'un livre dont l'unique destination est de renfermer le trésor de nos connaissances médicales positives ou réputées telles.

Mais l'époque où nous vivons a pour caractère distinctif d'attaquer l'erreur jusque dans ses derniers retranchemens, de briser les nombreux écueils semés par la crédulité, l'irréflexion et l'insouciance dans le sentier de la vérité, et de soumettre les doctrines accréditées au creuset de la discussion. Cette époque renferme donc les élémens d'une grande réforme dans toutes les sciences. La médecine devait être une des premières à se ressentir de la fermentation générale des esprits; car les objets dont elle s'occupe portent toujours les couleurs des théories dominantes, qui n'ont qu'une fixité relative au degré d'avancement des connaissances sur lesquelles elles reposent. Aussi a-t-on vu naguère s'élever des dogmes nouveaux, directement opposés aux anciens; dogmes

qui étonnent les esprits, et qui renverseront ou modifieront toutes les idées dont on s'était nourri jusqu'alors, si l'on parvient à démontrer sans réplique qu'ils sont *le résultat des faits réduits en principes*.

Le temps est donc venu où, pour s'opposer efficacement à ce que le Dictionaire des Sciences médicales vieillisse avant d'être arrivé à sa fin, que hâtent l'impatience du public et le zèle constant de l'éditeur, il convient de faire marcher de concert avec ce code immense et précieux des idées consacrées en médecine, un ouvrage d'une forme moins dogmatique, ayant pour but de discuter les modifications qu'on propose d'y apporter, et d'annoncer les faits sur lesquels les nouvelles théories reposent. De cette manière, non-seulement les lecteurs du Dictionaire seront tenus au courant de la science, mais encore la réunion des deux ouvrages formera désormais une véritable encyclopédie médicale qui embrassera, par le plus heureux des rapprochemens, les possessions premières de l'art et les acquisitions nouvelles dont il s'enrichit chaque jour.

Depuis longtemps déjà nous avons annoncé cette entreprise utile, à laquelle ont applaudi les auteurs du Dictionaire, dont chacun a pris l'engagement d'ajouter à ses premiers travaux tout ce qui doit les mettre en harmonie avec les progrès de l'art, semblables à des architectes habiles qui, sans nuire à l'ensemble et aux proportions, rajusteraient de nouveaux matériaux aux diverses parties d'un vaste édifice.

Plusieurs considérations nous avaient déterminés à différer l'exécution de ce projet. Quelques-unes naissaient des difficultés inséparables d'une opération qui ne doit pas être temporaire; mais la principale tenait à ce que le Journal devant être le complément du Dictionaire, et en former le supplément perpétuel, il devenait indispensable d'attendre que le Dictionaire fût lui-même plus avancé dans l'ordre alphabétique, afin de rapporter les différentes parties du Journal à un plus grand nombre d'articles publiés.

Aucun de ces motifs ne subsiste aujourd'hui. Une correspondance étendue avec les professeurs des trois Facultés de médecine de France, ainsi qu'avec ceux de plusieurs écoles célèbres de l'Allemagne et de l'Italie, jointe à une riche collection des journaux et des ouvrages les plus remarquables publiés chez l'étranger, tant sur la médecine que sur les sciences accessoires, nous assurent un choix et une abondance de matériaux qui garantissent d'avance un ouvrage digne de faire suite à celui dont les sciences sont redevables aux premiers médecins et chirurgiens de la capitale.

D'un autre côté, le Dictionaire est presque parvenu aux

deux tiers de ses livraisons, et l'ardeur infatigable des différens rédacteurs, dont le zèle, au lieu de diminuer, ne fait au contraire que s'accroître chaque jour, en voyant s'élever le monument qu'ils ont fondé, donne l'assurance que ce grand répertoire sera terminé bien avant l'époque où l'on aurait pu l'espérer.

Ainsi, au mois de juillet prochain, pour tout délai, paraîtra le premier cahier du *Journal complémentaire du Dictionaire des Sciences médicales*. Cet ouvrage périodique, pour justifier le titre qu'il porte, sera destiné :

1°. A développer quelques points de doctrine qui n'ont été qu'indiqués, et pour ainsi dire effleurés, dans les articles déjà publiés du Dictionaire;

2°. A éclaircir, par de sages et froides discussions, les questions qui partagent en ce moment les médecins, relativement aux points les plus importans de la théorie et de la pratique;

3°. A publier les observations nouvelles et les faits particuliers qui intéresseront les progrès de l'art, en ayant soin de les rattacher aux autres faits analogues, et particulièrement à ceux qui sont consignés dans le Dictionaire;

4°. A faire connaître, par des analyses succinctes, ce que pourront contenir de bon les ouvrages de médecine publiés chaque année dans toutes les langues de l'Europe;

5°. A donner connaissance des observations intéressantes renfermées dans les principaux journaux de médecine étrangers, à mesure qu'ils paraîtront.

La reconnaissance impose le devoir de répandre quelques fleurs sur la tombe de ceux qui se sont voués à la conservation de leurs semblables. Il entrera donc aussi dans notre plan d'écrire la vie des médecins qui auront laissé un nom célèbre ou des ouvrages dignes de la postérité. Notre choix devra naturellement tomber d'abord sur les estimables collaborateurs du Dictionaire, dont nous avons à déplorer la perte récente : cependant nos notices ne demeureront pas renfermées dans des limites aussi étroites; elles s'étendront non-seulement à tous les médecins, nationaux et étrangers, que la mort aura moissonnés, mais même à tous ceux qui jouissent encore aujourd'hui du spectacle de leurs bienfaits, de l'estime de leurs concitoyens et du respect de leurs élèves. Ces notices pourront donc être considérées comme des matériaux pour notre Dictionaire de biographie médicale, auquel le Journal servira aussi de complément par la suite.

Chaque cahier sera orné du portrait d'un médecin. Le choix, aisé en apparence, présente toutefois de grandes difficultés, lorsqu'on veut se montrer aussi sévère que l'his-

toire le sera un jour dans ses jugemens, et distinguer la célébrité justement acquise des réputations éphémères usurpées par l'intrigue. Guidés par la plus scrupuleuse impartialité, nous n'accorderons une place dans notre galerie qu'aux écrivains dont les travaux auront le plus contribué au perfectionnement de l'art, et aux praticiens infatigables qui auront préféré à l'honneur de vivre dans le souvenir de la postérité, la gloire, moins brillante, mais plus solide, de soulager les maux de leurs contemporains. Nous nous complaisons dans la douce idée qu'un jour cette galerie sera mise au nombre des monumens érigés à la gloire de notre patrie.

Jaloux de montrer jusqu'à quel point nous serons scrupuleux à remplir nos engagemens, nous allons donner la liste des nombreux journaux de médecine dans lesquels nous puiserons les documens nouveaux dont l'étranger pourrait enrichir l'art de guérir. La plupart de ces recueils sont inconnus aux rédacteurs des autres journaux de médecine.

Journaux allemands.

Annalen der Greifswalder Universitæt (Annales de l'université de Griswald).

Archiv der Medizin und Chirurgie (Archive de médecine et de chirurgie, par une société de médecins suisses).

AUTENRIETH (J. H. F. de) et BOHNENBERGER (J. G. F. de), *Tübinger Blætter für Naturwissenschaft und Arzneikunde* (Feuilles de Tubingue pour l'histoire naturelle et la médecine).

BUCHNER (J. A.), *Repertorium für die Pharmacie* (Répertoire pour la pharmacie).

BUCHOZ, *Almanach für Scheidekünstler und Apotheker* (Almanach pour les chimistes et les pharmaciens).

CRICHTON (A. J.), REHMANN et BURDACH (C. F.), *Russische Sammlung für Naturwissenschaft und Heilkunde* (Recueil russe pour l'histoire naturelle et la médecine).

ESCHENMEYER (C. A.), KIESER (D. G.) et NASSE (F.), *Archiv für den thierischen Magnetismus* (Archive pour le magnétisme animal).

GILBERT (L. G.), *Annalen der Physik* (Annales de physique).

GUMPRECHT (J. J.) et GERSON (G. H.), *Hamburgisches Magazin für die auslændische Litteratur der gesammten Heilkunde* (Magasin de Hambourg pour la littérature étrangère de toutes les branches de la médecine).

HORN, NASSE et HENKE, *Archiv für medizinische Erfahrung im Gebiet der praktischen Medizin und Staatsarzneykunde* (Archive pour l'expérience médicale dans ce qui concerne la médecine pratique et politique).

HUFELAND (G. C.) et HARLES (J. G. F.), *Journal der praktischen Heilkunde* (Journal de médecine pratique).

— *Bibliothek der praktischen Heilkunde* (Bibliothèque de médecine pratique).

KOPP (J. H.), *Jahrbuch der Staatsarzneykunde* (Annale de médecine politique).

LANGENBECK (C. J. M.), *Neue Bibliothek für die Chirurgie und Ophthalmologie* (Nouvelle Bibliothèque pour la chirurgie et l'ophthalmologie).

MASIUS (G. H.), *Almanach für Aerzte und Nichtærzte* (Almanach pour les médecins et les personnes étrangères à la médecine).

MECKEL (J. F.), *Deutsches Archiv für die Physiologie* (Archive allemande pour la physiologie).

Medizinische Jahrbücher des K. K. œsterreichischen Staates (Annales médicales des états de l'Autriche).

NASSE (F.), *Zeitschrift für psychische Ærzte* (Journal pour les médecins *psychiciens*).

Neue Annalen der Wetterauischen Gesellschaft für die gesammte Naturkunde (Nouvelles Annales de la société de Vétéravie pour toutes les branches de l'histoire naturelle).

Neue Sammlung auserlesener Abhandlungen zum Gebrauche praktischer Ærzte (Nouveau Recueil de traités choisis, à l'usage des médecins praticiens).

PIERER (J. FR.), *Allgemeine medizinische Annalen des neunzehnten Jahrhunderts* (Annales générales de médecine du dix-neuvième siècle).

POPPE, KUHN et BAUMGÆRTNER, *Magazin der neuesten Erfindungen, Entdeckungen und Verbesserungen* (Magasin des inventions, découvertes et améliorations les plus récentes).

RŒSCHLAUB (A.), *Neues Magazin für die clinische Medicin* (Nouveau Magasin pour la médecine clinique).

RUST (J. N.), *Magazin für die gesammte Heilkunde* (Magasin pour toutes les branches de la médecine).

Salzburger medizinisch-chirurgische Zeitung (Gazette médico-chirurgicale de Salzbourg).

SCHERER (A. N.), *Nordische Blætter für die Chemie* (Feuilles du Nord pour la chimie).

SCHWEIGGER (J. S. C.), *Neues Journal für Chemie und Physik* (Nouveau Journal de chimie et de physique).

SIEBOLD (E. de), *Journal für Geburtshülfe, Frauenzimmer-und Kinderkrankheiten* (Journal pour les accouchemens, les maladies des femmes et celles des enfans).

TROMMSDORF (J. B.), *Neues Journal der Pharmacie für Ærzte, Apotheker und Chemiker* (Nouveau Journal de pharmacie pour les médecins, les pharmaciens et les chimistes).

WOLFART, *Jahrbücher für den Lebens-Magnetismus* (Annales pour le magnétisme vital).

Journal hollandais.

PALM (J. H. van der), *Annales academicæ Lugduno-Batavæ.*

Journaux anglais.

Annals of Medicine and Surgery (Annales de médecine et de chirurgie).

The Edinburgh medical and surgical Journal (Journal de médecine et de chirurgie d'Edimbourg).

The London medical and physical Journal (Journal de médecine et de physique de Londres).

The London medical repository (Répertoire de médecine de Londres).

The new medical and physical Journal (Nouveau Journal de médecine et de physique).

Journaux italiens.

BRERA (V. L.), RUGGERI (C.) et CALDANI (F.), *Nuovi Commentarj di medicina e di chirurgia* (Nouveaux Commentaires de médecine et de chirurgie).

BRUGNATELLI (G.), BRUNACCI et CONFIGLIACHI, *Giornale di fisica, chimica, storia naturale, medicina ed arti* (Journal de physique, de chimie, d'histoire naturelle, de médecine et des arts).

Giornale della società medico-chirurgica di Parma (Journal de la société médico-chirurgicale de Parme).

Memorie della società medica di Bologna (Mémoires de la société médicale de Bologne).

Memorie scientifiche e letterarie dell' Ateneo di Treviso (Mémoires scientifiques et littéraires de l'Athénée de Trévise).

OMODEI (A.), *Annali universali di medicina* (Annales universelles de médecine).

Nous donnerons, dans le premier Cahier, le portrait de M. le professeur *Pinel;* dans les suivans, les portraits de MM. *Chaussier, Boyer, Hallé, Percy*, etc., etc. Nous placerons, dans des numéros plus éloignés, les portraits de Barthez et de Bordeu, dont M. Alibert a bien voulu nous confier deux modèles d'une exécution parfaite; M. Percy nous a promis un portrait d'Ambroise Paré; nous y joindrons ceux de Sydenham, de Haller, de Boerhaave, etc., etc., et nous n'omettrons pas ceux d'Hippocrate, de Galien, de Celse, etc., d'après les bustes et statues antiques. Cette galerie ne sera pas un des moindres ornemens de notre Journal.

Nous avons aussi appelé, pour concourir à cette entreprise, les différentes écoles dont s'honore la France. Des professeurs de Strasbourg, de Montpellier, de Lille nous ont déjà envoyé des matériaux précieux : il suffira de nommer MM. Foderé, Lauth, Nestler, Lobstein, Lordat, Prunelle, Berard, Provençal, Chamberet, qui se sont tous engagés à donner, chaque année, plusieurs feuilles d'impression.

Il est à remarquer qu'il n'existe à Strasbourg, ni à Montpellier, aucune société médicale qui publie le résultat de ses travaux; ces richesses, que réclame la science, seront donc toutes déposées dans notre Journal. En y joignant les extraits des journaux étrangers dont nous avons plus haut présenté la liste, et qui sont la plupart inconnus en France, et en y rattachant les travaux des nombreux collaborateurs du Dictionaire, nous pouvons assurer que nous présenterons, exactement et successivement, la science médicale dans tout son ensemble.

MM. Alibert, Boyer, Chaussier, Hallé, Percy, Pinel se sont engagés à donner plusieurs feuilles chaque année dans notre Journal : ces articles seront signés par eux et par les médecins qu'ils ont associés à leurs travaux dans le Dictionaire.

Nous n'avons présenté que la liste de MM. les auteurs qui nous ont déjà remis des articles : cette liste n'exclut aucun des nombreux collaborateurs du *Dictionaire*, qui sont de droit rédacteurs du Journal, auquel peuvent aussi coopérer tous les médecins nationaux et étrangers qui voudront bien nous remettre des Mémoires utiles aux progrès de la science [1].

Le Journal va compléter chaque article du Dictionaire dans toutes les parties. Le domaine des sciences s'étend chaque jour, et c'est particulièrement en médecine que l'on doit exiger le moins d'erreurs, c'est-à-dire le plus de connaissances exactes, puisque cet art a pour but de conserver la vie. Il eût fallu réunir les connaissances les plus étendues, en médecine, chirurgie, pharmacie, chimie, physique et législation médicale, pour parvenir à traiter chaque article de manière à n'y laisser rien à désirer. Cette perfection était impossible, à cause de la distribution des articles qu'il aurait fallu partager entre plusieurs auteurs, et du temps qu'aurait demandé la fusion de tous ces travaux. Voilà cependant ce qui pourra se faire désormais. Tous les articles du Dictionaire seront tour à tour considérés dans l'intérêt du perfectionnement Ils ont été traités par des personnes trop habiles pour qu'on doive y rien trouver à reprendre; mais on peut y ajouter ce qui a été réellement omis, ou ce que de nouvelles découvertes ont fait connaître. En effet, tel article traité de la manière la plus distinguée par un pharmacien, réclame les additions d'un praticien, d'un légiste, etc. Nous entrons dans ces explications pour bien faire connaître aux lecteurs le but de notre entreprise, qui ne sera jamais de critiquer des travaux dont tout le mérite est démontré par l'empressement même du public à les connaître, mais seulement d'y faire ajouter par l'auteur lui-même, lorsqu'il en trouvera l'occasion, ou par d'autres, les parties qu'il n'a pu traiter, se trouvant peu versé dans les sciences auxquelles ces additions indispensables se rapportent.

Le savant docteur Chaumeton a été un des premiers à désirer d'entrer dans la carrière; malgré la faiblesse de sa santé, il a promis de nous consacrer tout le temps que lui laisseraient ses souffrances.

M. le professeur Richerand nous donne un article sur l'amputation partielle du pied.

Nous déclarons, avec un sentiment qu'on nous pardonnera, que l'idée de cette nouvelle entreprise a obtenu une pleine approbation, qui nous est prouvée chaque jour, et par les offres des plus riches matériaux que nous font de célèbres médecins français et étrangers, et par l'empressement des souscripteurs.

Plusieurs journaux de médecine ont témoigné le désir de se réunir au nôtre. Le Journal complémentaire ayant un but qui le rattache au Dictionaire, c'est-à-dire au plus vaste dépôt qui existe des connaissances médicales, nous n'avons pu admettre cette réunion d'ouvrages fort distingués sans doute, mais dont le point de départ n'est jamais fixe, et dont les articles forment des fragmens qui, ne se rattachant à aucun édifice, sont la plupart perdus pour la science.

C. L. F. PANCKOUCKE.

---

[1] Ces Mémoires seront acquittés de suite, au comptant, à Paris, ou en province, par un bon payable sur les lieux. Aucun article ne sera reçu sans que l'éditeur n'en solde aussitôt le prix, suivant les conditions conclues avec les auteurs du Dictionaire.

JOURNAL
COMPLÉMENTAIRE
DU
DICTIONAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

APERÇU *sur l'histoire de la médecine*[1].

(Premier Article.)

On a donné, dans l'*Introduction* du *Dictionaire*, une esquisse historique de la médecine et de la chirurgie, considérées dans leurs rapports les plus étendus avec l'histoire naturelle, la physique, la chimie et la pharmacie ; on a également indiqué, d'une manière sommaire, les écrits des médecins les plus connus : revenir sur cet objet, ce serait retomber dans des redites superflues. Nous nous proposons seulement de jeter un coup d'œil rapide sur la médecine proprement dite, de faire connaître les principales époques ou révolutions qui ont accéléré ses progrès ou ralenti sa marche, et d'apprécier le degré d'influence qu'ont eu sur la science médicale les travaux entrepris et exécutés par les médecins les plus remarquables de ces différentes époques.

Dans l'horizon immense que nous allons embrasser, nous ne nous arrêterons que sur les points les plus saillans, c'est-à-

---

[1] Cet article était destiné au *Dictionaire des Sciences médicales* ; mais diverses circonstances ayant empêché de le terminer, il ne put être inséré à la lettre *H*. Nous le donnons ici comme un supplément au *Dictionaire*. — *Voyez* l'*Introduction* du *Dictionaire*, par Renauldin.

dire que nous chercherons seulement à caractériser les auteurs originaux qui ont enrichi la véritable médecine, la médecine d'observation, et qui lui ont fait faire des progrès; nous ne parlerons point d'une foule d'auteurs d'un rang inférieur, qui, ayant très-peu observé par eux-mêmes, n'ont écrit que des compilations ou des ouvrages remplis de folles hypothèses.

Nous ne dirons qu'un mot de la médecine des anciens peuples, de cette médecine réduite à un pur empirisme, et consistant en pratiques superstitieuses qui furent pendant plusieurs siècles l'héritage de quelques familles et de quelques professions privilégiées.

Nous suivrons à peu près les divisions admises par Sprengel dans sa savante *Histoire de la médecine*, traduite en français par M. Jourdan. Nous ne négligerons point de consulter l'excellent ouvrage de Cabanis sur les *Révolutions de la médecine*, ouvrage original, bien pensé, bien écrit, où respirent à la fois le plus ardent patriotisme et la plus pure philosophie.

Origine de la médecine. Le besoin impérieux de calmer la douleur physique a fait rechercher à l'homme, dès les premiers âges du monde, les moyens de remédier aux infirmités inséparables de son existence. De là l'antiquité, nous ne disons pas de la médecine, mais de quelques-uns des moyens qu'elle emploie; car l'art de guérir, considéré comme une science et comme formant un corps de doctrine, ne remonte guère, il nous semble, au-delà des premiers philosophes de la Grèce; et nous ne croyons pas qu'on puisse qualifier d'art ni de science un certain nombre de pratiques, transmises par tradition, dont les prêtres hébreux et égyptiens, ceux de la Grèce, de l'Inde, etc., étaient les seuls dépositaires. Cabanis a dit avec raison qu'il y avait une médecine avant qu'il y eût des médecins. Cette pensée est juste; elle s'applique surtout aux premiers âges du monde, où l'homme, privé de

toutes les commodités de la vie sociale, exposé, dans une sorte de nudité, à l'action immédiate des agens extérieurs, dut être sujet à un certain nombre d'accidens relatifs à l'état de non-civilisation où il se trouvait. Ces affections purement locales, qui furent long-temps les seules maladies de l'homme non civilisé, étaient communes aux habitans de toutes les contrées. Ainsi la médecine ne prit pas plus naissance chez un peuple que chez un autre, puisque tous doivent également en avoir eu besoin dès leur origine. Elle fut d'abord cultivée par les malades eux-mêmes, ou par ceux qui les entouraient. Chaque famille avait ses traditions et ses pratiques, chaque peuplade profitait des expériences faites dans son sein (Cabanis). Il n'y avait point alors d'hommes spécialement destinés à l'exercice de l'art de guérir. Du reste, les maladies étant simples et peu nombreuses, leur traitement devait être facile, et leur guérison n'exigeait pas une thérapeutique bien compliquée. Mais lorsque les hommes, réunis en société, furent moins occupés de leur subsistance, les uns s'adonnèrent aux arts et aux sciences; les autres, faisant un emploi moins utile de leur temps, s'abandonnèrent à des jouissances excessives.

Ainsi, d'un côté le travail, et de l'autre l'abus des plaisirs, fomenté par l'oisiveté, augmentèrent les maladies, et par conséquent multiplièrent les besoins de l'homme. Si l'on joint à cela le luxe, qui naquit du sein des richesses, augmentées par la civilisation, les guerres, les spoliations, le commerce, etc., on se figurera facilement les maux que dut enfanter la corruption générale, amenée par tant de causes à la fois. Ce fut alors qu'on sentit la nécessité d'avoir des hommes exclusivement occupés de guérir les maladies, qui se multipliaient chaque jour. Tant que les Romains, par exemple, conservèrent leur vie simple, frugale et laborieuse, tant qu'ils ne furent point amollis et corrompus par les dépouilles des vaincus, ils ne sentirent pas le besoin d'avoir des médecins; quelques jou-

gleurs ignorans et superstitieux suffisaient pour guérir leurs maladies, alors peu nombreuses; mais lorsque Rome, maîtresse d'une grande partie du monde, eut accumulé dans son sein toutes les richesses de l'Orient, il lui fallut des médecins, des poètes, des peintres, pour engloutir l'or dont elle avait injustement dépouillé le reste de la terre. Ce fut à cette époque que les savans de toutes sortes, les philosophes, les médecins, les poètes, les orateurs grecs, arrivèrent en foule dans la capitale du monde pour y acquérir des richesses que n'offrait plus leur patrie, ruinée, avilie et dépouillée de tout ce qu'elle avait de précieux par ces fiers oppresseurs du genre humain.

Avant qu'il y eût des médecins de profession, les chefs des peuplades, les rois, les poètes, et surtout les prêtres, se faisaient un honneur de posséder et d'exercer la médecine connue au temps où ils vivaient. S'il faut même en croire le prophète Jérémie, on n'était point apte à gouverner le peuple quand on ne savait point le guérir. Les princes, un peu différens de ce qu'ils ont été depuis, mettaient au rang de leurs premiers devoirs celui de conserver la santé et la vie de leurs sujets. Au rapport des historiens, Chiron, Thésée, Télamon, Teucer, Patrocle, Ulysse, etc., furent presque aussi fameux médecins qu'illustres guerriers. « Non moins avides de gloire que les héros dont ils nous entretiennent, les poètes, dit Cabanis, cultivèrent comme eux la médecine, tantôt pour se rendre plus recommandables par sa pratique, tantôt pour consigner dans leurs ouvrages ce que ses préceptes offraient de plus curieux et de plus intéressant. Dans ces premières époques, où l'écriture était peu répandue, ou même absolument ignorée, les formes précises et le rhythme harmonieux de la poésie étaient infiniment utiles pour fixer dans la mémoire des vérités applicables à nos besoins de tous les instans. Linus, Orphée, Musée et plusieurs autres ont chanté l'art bienfaisant qui prolonge la vie, apaise la douleur, et rend, avec la santé, le bonheur et les plaisirs. » Il

faut convenir que, dans les temps d'ignorance, où les sciences et les arts étaient encore dans l'enfance, aucune profession n'était plus propre que le sacerdoce à l'exercice de l'art de guérir. Outre, en effet, qu'ils possédaient presque seuls ce qu'il y avait de connu dans les sciences, les prêtres étaient, comme ils sont encore aujourd'hui, les intermèdes entre l'homme et la divinité. Comme le médecin, ils mettent en jeu deux grandes passions, la crainte et l'espérance; comme lui, ils consolent le malheureux, et font naître dans son ame l'espoir d'un avenir meilleur; comme lui, ils annoncent des souffrances à venir à ceux qui s'écartent des préceptes et des maximes qu'ils enseignent. Ainsi, sous beaucoup de rapports, il n'y avait alors de différence entre le ministre de la religion et celui de la santé, qu'en ce que l'un s'occupait du moral, et l'autre du physique. Chez les Indiens, les Egyptiens, les Grecs des temps fabuleux, même chez nos ancêtres, les prêtres faisaient les fonctions de médecins, de guérisseurs, de thérapeutes. Si l'on peut comparer certains hommes bienfaisans de nos contrées, qui emploient leur fortune au soulagement des malheureux, à ces vertueux chefs de peuplades qui mettaient autant de gloire à guérir leurs sujets qu'à les gouverner, on pourra, jusqu'à un certain point, rapprocher des prêtres des anciens peuples les desservans de nos campagnes, qui semblent avoir hérité du goût de leurs devanciers pour la médecine; car ils la pratiquent presque tous chez leurs administrés, et portent souvent en même temps chez eux les secours de la religion et ceux de l'art de guérir. Si ces secours ne sont pas toujours bien entendus, ils sont au moins donnés dans une bonne intention.

Tous les guérisseurs dont nous venons de parler ne doivent point être considérés comme des médecins, et l'art qu'ils exerçaient n'était point une science formant un corps de doctrine.

De la médecine chez les Indiens. Des monumens authentiques prouvent que les peuples de l'Inde remontent à la plus haute antiquité, et des hommes très-versés dans l'histoire des temps anciens n'hésitent pas à prononcer qu'ils ont, les premiers, porté les sciences et les arts à un certain degré de perfection. Sans vouloir décider d'une manière absolue une question de cette importance, si sujette à contestation, nous ferons remarquer qu'à l'époque où Alexandre porta ses armes victorieuses chez ce peuple fameux, il y trouva des institutions qui annonçaient que la civilisation y avait déjà fait d'assez grands progrès. Tachard, Legentil et plusieurs autres voyageurs affirment, d'après ce qu'ils ont vu dans l'Inde, que cette contrée ne le cède en rien à l'Egypte sous le rapport de son antiquité. Bien avant leurs relations avec les Grecs, les Indiens avaient déjà poussé fort loin les calculs astronomiques, et on sait que les bracmanes comptaient Pythagore au nombre de leurs disciples. Comme l'art de guérir fut un des premiers besoins de l'homme, et que les habitans de l'Inde ne furent pas plus exempts de maladies que les autres hommes, il y a lieu de croire que, sans posséder une science médicale, ce peuple avait, dès son origine, ses guérisseurs et ses médecins, qui n'étaient autres que les brames ou prêtres du pays. Tout ce que les historiens et les voyageurs nous disent de la médecine des Indiens, nous prouve que les bracmanes faisaient en grande partie consister le traitement des maladies dans la diète et les autres moyens de l'hygiène. « La diète était, dit Sprengel, la principale partie de la médecine des Indiens. Un grand nombre d'entre eux, même dans l'état de bonne santé, ne vivaient que de végétaux, ainsi que l'ont remarqué Strabon et Suidas. » On ne peut guère douter que Pythagore n'ait puisé là son système sur la diète végétale. Nous nous garderons bien de donner, à l'exemple de quelques auteurs, l'extrait de la pathologie inintelligible des bracmanes, qui n'est ni plus ni moins obscure

aujourd'hui qu'elle l'était il y a quatre mille ans. Cette pathologie ne peut changer, puisque les prêtres exercent cet art difficile comme un métier, et transmettent à leurs descendans les connaissances qu'ils ont reçues de leurs pères, sans rien ajouter aux livres qui les renferment, et qui, de temps immémorial, sont pour eux des oracles infaillibles. Ils n'ont aucune instruction en anatomie, et s'ils emploient à propos quelques moyens curatifs, c'est en vertu d'une croyance et d'un empirisme très-borné. Comme les Chinois, les Indiens attachent beaucoup d'importance au pouls, par le moyen duquel ils prétendent arriver à la connaissance de beaucoup de maladies. Il paraît, au reste, que les Indiens de nos jours s'occupent beaucoup de l'art de guérir, s'il faut en croire le missionnaire Gründler. Il doit y avoir, sur la côte de Coromandel, huit sortes de médecins; les uns ne traitent que les maladies des enfans, et le vent est leur patron; d'autres s'appliquent à guérir la morsure des serpens; leur dieu protecteur est l'air : quelques-uns n'ont d'autre emploi que de chasser les démons au moyen d'un vent produit par le feu (Sprengel).

De la médecine des Egyptiens. La réputation antique et colossale que l'Egypte s'était acquise dans la culture des sciences et des arts, ne prouve nullement, à notre avis, que les unes et les autres y fussent fort avancés; et, pour ne point sortir ici de notre sujet, nous croyons pouvoir assurer, avec une entière conviction, que la médecine de ce peuple à jamais célèbre n'eut point une supériorité marquée sur celle de ses contemporains, et qu'elle ne mérite pas plus le titre de science que la médecine de l'Inde, de la Judée, et des temps fabuleux de la Grèce. Les premières idées que les Egyptiens aient eues sur la théorie de l'art de guérir, paraissent devoir être rapportées à Thauth ou Hermès, nommé par les Grecs Hermès Trismégiste (Ηρμης Τρισμεγιστος), qui leur enseigna, dit-on, en même temps l'arithmétique, l'astronomie et la musique. C'est

seulement à ses successeurs qu'il faut attribuer toute la méde-
cine renfermée dans le fameux livre qui était le dépôt de
toutes les connaissances humaines des Egyptiens. Ce livre
comprenait, dit Diodore, les principes de la science médicale,
que les médecins suivaient avec exactitude et les observations
séméiotiques de tous ceux qui avaient exercé la médecine. Les
prêtres ou médecins, selon Sprengel, pronostiquaient, par ce
livre, la vie ou la mort des malades, et il leur était sévèrement
défendu de s'écarter des règles qu'il prescrivait dans le traite-
ment des maladies. Cet usage, qui avait chez les Egyptiens
force de loi, était un obstacle insurmontable aux progrès de
l'art, et il suffirait seul pour nous prouver que la médecine
dut toujours rester dans l'enfance chez un peuple aussi supersti-
tieux. S'il fallait en croire Jamblique, au temps où il écrivait, les
prêtres égyptiens avaient déjà quarante-deux livres : trente-six
contenaient les connaissances humaines, et les six autres ren-
fermaient l'anatomie, la doctrine des maladies, surtout celles
des femmes et des yeux ; enfin, la description des médicamens
et celle des instrumens de chirurgie (Sprengel). Il est très-
probable que ces livres étaient apocryphes, puisque Jamblique
lui-même, et ensuite Galien, élèvent des doutes bien fondés
sur leur existence. Ceux qui partagent cette opinion, se-
ront bien surpris en apprenant de Séleucus que le nombre
des livres attribués à Hermès s'élevait à vingt mille, et à
trente-six mille, selon Manéthon. Galien, voulant rendre vrai-
semblable une exagération aussi manifeste, cherche à expli-
quer ce passage de Jamblique, en substituant λογοις à βιϐλοις.
Mais il est évident que tout ce qui concerne ces livres est
entièrement fabuleux, et qu'à cette époque il n'y avait point
d'ouvrages écrits sur la médecine et les autres sciences. Tout ce
qu'on savait alors, on le savait par tradition. En jetant les
yeux sur la pathologie obscure et inintelligible des Egyptiens,
telle qu'on la trouve exposée dans le savant ouvrage de Spren-

gel, d'après Diodore, Porphyre, Jamblique, Plutarque, etc., etc. On peut facilement se convaincre que ce peuple était, à cet égard, moins avancé que celui de l'Inde, et que ses pratiques médicales s'éloignaient plus encore des résultats d'une expérience raisonnée. Toutefois ce serait une erreur de croire avec Shuckford, cité par Sprengel, que les Egyptiens n'avaient aucune donnée sur l'art de guérir les maladies; que l'origine de la médecine remonte seulement au temps d'Homère; que c'est Pythagore qui a posé les premières bases de l'hygiène; qu'enfin Hippocrate fut le premier qui fit des visites au lit des malades. Cabanis, parmi les modernes, nous paraît avoir apprécié, avec autant de justesse que de philosophie, la médecine des Egyptiens. « L'usage où l'on était, en Egypte, d'embaumer les corps, semblait devoir conduire les prêtres-médecins à quelques découvertes anatomiques; mais il est facile de voir qu'elles furent nécessairement très-bornées, si l'on considère la manière dont se faisait cette opération.... Leurs contemporains, leurs voisins, ont à l'envi célébré les profondes connaissances qu'ils leur supposaient en hygiène : la santé presque toujours égale et la longévité des Egyptiens, étaient un sujet d'étonnement pour des peuples dévorés de passions turbulentes. Faudra-t-il chercher la cause de ce prétendu phénomène, dont la salubrité du climat de l'Egypte donnerait seule, peut-être, une explication satisfaisante, dans des lumières extraordinaires, sur lesquelles d'ailleurs on ne nous fournit aucun détail.... Les Egyptiens avaient sur la gymnastique des idées tout à fait fausses.... En Egypte, les prêtres avaient usurpé l'empire exclusif des lumières : ils étaient les seuls médecins. Dépositaires de toutes les connaissances réelles ou fausses, ils dominaient également le peuple, et par les mensonges dont ils avaient soin de le nourrir, et par les vérités dont ils se réservaient pour eux seuls la jouissance et les avantages. La médecine s'enseignait dans leurs temples, avec ces cérémo-

nies qui font des croyans et non des hommes éclairés. On l'avait d'ailleurs soumise à des lois absurdes, qui ne lui permettaient plus de progrès ultérieurs ».

De la médecine des Israélites. Pour un esprit rigoureux, qui apprécie les choses à leur juste valeur, la médecine du peuple d'Israël est loin d'être telle qu'on nous la représente dans certains ouvrages consacrés à l'histoire de la médecine, évidemment en opposition avec la marche naturelle de l'esprit humain et les lumières des peuples contemporains. Ainsi, s'il fallait en croire un médecin israélite, qui a publié dernièrement une brochure sur la médecine des Hébreux [1], ce peuple ignorant et fanatique aurait eu des connaissances médicales fort étendues, et Moïse, son chef, n'aurait pas été moins célèbre par sa profonde habileté en médecine, qu'il le fut par sa politique et son adresse à gouverner le peuple de Dieu. Notre auteur affirme, sans hésiter, que le roi Salomon était fort instruit dans la médecine, puisqu'il connaissait toutes les plantes, depuis le cèdre du Liban jusqu'à l'hyssope; qu'il n'ignorait pas la vertu des racines; qu'il avait même écrit un livre sur les guérisons, etc. Malheureusement ce livre ne nous est pas parvenu, et le reste, tout en supposant quelques connaissances d'histoire naturelle, ne nous donne pas la certitude que la médecine occupât une place considérable parmi ces connaissances. Le docteur Sprengel ne craint point d'avancer « que Moïse a donné les preuves les plus authentiques de ses connaissances profondes en médecine, dans la partie de ses lois qui contient des règles d'hygiène et des préceptes sur la connaissance et la cure de la lèpre blanche, répandue généralement parmi les Israélites; qu'il indique les symptômes propres à distinguer la lèpre d'autres maladies; qu'il porte un jugement

---

[1] David Carcassone, *Essai historique sur la Médecine des Hébreux anciens et modernes.* Paris, 1814. 2e. édition.

très-sain sur l'état critique de la teigne, sur la complication de la lèpre blanche invétérée avec la suppurative, etc.... » Plus loin, cet auteur nous dit « que la cure de ces maladies était un effet immédiat de la toute-puissance du Dieu d'Israël, qui les envoyait lorsqu'on l'avait offensé, et qui les guérissait lorsqu'on l'avait apaisé par des offrandes.... Quand Mirzam murmura contre Moïse, Jehovah la frappa de la lèpre, et elle ne put en être délivrée qu'après que Moïse eut adressé à Jehovah ces paroles : *Dieu*, *guérissez-la*, etc., etc. » On voit, d'après ce qui précède, que les guérisons opérées par Moïse étaient l'effet de la toute-puissance de Dieu, ce qui ne prouve point du tout que le prophète-médecin eût des connaissances fort étendues dans l'art de guérir; et on ne peut guère raisonnablement croire qu'il eût porté la science des maladies beaucoup plus loin que les Egyptiens, chez lesquels il avait puisé tout son savoir. Au reste, on ne trouve qu'incertitude et obscurité dans la pathologie des Hébreux. On ne sait pas si les maladies cutanées dont parle Moïse doivent être rapportées plutôt à la gale ou aux dartres, qu'aux différentes espèces de teigne et de lèpre, etc. Leclerc n'a pas cru devoir consacrer un chapitre à la médecine hébraïque dans son excellent ouvrage; il fait seulement remarquer en passant, d'après Clément d'Alexandrie, que Moïse pouvait avoir pris connaissance de la médecine chez les Egyptiens. Cabanis se contente de nous dire qu'il y avait chez les Juifs une secte portant le nom d'Esséniens ou de Thérapeutes; cette secte s'occupait à la fois de perfectionner la morale et de rendre le corps plus sain; elle exerçait la médecine avec les Lévites, etc. Ces deux dernières autorités viennent à l'appui de notre opinion, qui est que la médecine des Hébreux, comme celle des Indiens et des Egyptiens, ne consistait qu'en pratiques transmises par les prêtres de l'Egypte aux Israélites qui avaient voyagé dans cette contrée.

Médecine des Chinois. Les Chinois n'ayant pour ainsi dire

point de communications avec les peuples de l'Europe, toute innovation leur étant sévèrement interdite par les lois du pays, et d'un autre côté une vanité puérile, résultat d'une mauvaise éducation, les portant à se croire supérieurs aux autres nations de la terre : ces diverses circonstances, et d'autres qu'il serait facile d'énumérer, s'opposent depuis long-temps aux progrès des sciences, des arts et de la civilisation, qui sont encore dans l'enfance chez ce peuple esclave et superstitieux. Un tel état de choses rend fort suspect tout ce que certains voyageurs racontent de la médecine chinoise, nécessairement soumise à la même marche que les autres sciences. On est d'autant plus fondé à soupçonner d'infidélité la plupart de ces relations, qu'elles ont pour auteurs des jésuites français, de tout temps appliqués à persuader que les Chinois avaient porté les sciences à un haut degré de perfection, pour nous convaincre des avantages de la théocratie et du despotisme, très-propres à seconder les vues ambitieuses et criminelles de ces prêtres adroits et politiques; et peut-être aussi pour rendre raison du petit nombre de conversions qu'ils ont opérées en ce pays. Au reste, les pratiques médicales qui sont d'usage à la Chine ne peuvent, sous aucun rapport, être considérées comme une science : tout porte à croire qu'elles sont le résultat d'une sorte d'instinct naturel à l'homme qui souffre, et qu'elles ont pris naissance dans la Chine même. Sprengel, à notre avis, a bien prouvé que les Chinois n'avaient jamais eu de relations avec les Egyptiens; il n'est guère plus présumable qu'ils aient eu quelques communications avec les premiers Grecs par la Bactriane, ainsi que l'ont avancé certains auteurs.

Les Chinois n'ont presque aucune connaissance anatomique, et par conséquent point de données exactes sur la physiologie de l'homme sain et de l'homme malade. Le pouls est le seul phénomène physiologique qui appelle leur attention; ils sont persuadés que ses diverses variations indiquent la nature et le siége

des différentes maladies. L'observation du pouls, dit Sprengel, est la partie la plus importante de la médecine chinoise : on compare le corps humain à un instrument de musique, et l'on prétend que ses parties s'accordent tellement avec les viscères, qu'il est possible d'apprécier ou de juger l'état intérieur du corps par l'inspection des yeux, de la langue, et surtout par l'observation du pouls. Les médecins chinois croient qu'ils peuvent, par l'état du pouls, reconnaître non-seulement la cause du mal, mais encore le siége de la maladie. Quoi qu'il en soit, tous les exemples cités par de crédules missionnaires pour nous persuader que l'art de guérir est porté à un degré extraordinaire chez les Chinois, finissent par ne paraître que du charlatanisme et de la supercherie, etc.... Nous avons eu occasion de nous convaincre, par la lecture d'un savant Mémoire inédit sur la médecine des Chinois, combien les médecins de cette nation poussent loin les distinctions du pouls, et quelle ridicule importance ils mettent à l'explorer. Ce même travail renferme aussi quelques recherches sur l'hygiène et la matière médicale des Chinois. Elles sont loin de justifier les prétentions de ce peuple à une connaissance approfondie de l'art de guérir.

De la médecine des premiers temps de la Grèce. L'histoire de la médecine des temps fabuleux de la Grèce n'offre qu'incertitude et obscurité. Dans les mains de prêtres avides et trompeurs, cet art n'était qu'une jonglerie puérile, mais singulièrement profitable aux ministres du dieu de la santé. Cabanis, dans son éloquent et philosophique ouvrage sur les révolutions de la médecine, fait une peinture aussi vraie que pittoresque de ces fourberies sacerdotales, à l'aide desquelles des prêtres-médecins trompaient si grossièrement le peuple superstitieux de ces temps d'ignorance. « Aristophane nous apprend, dit l'auteur que nous venons de citer, de quelle manière leur dieu rendait ses oracles. Ceux qui venaient le consulter commençaient par se purifier dans l'eau lustrale ; ils déposaient leur offrande sur l'autel, et se couchaient au milieu

du temple. Aussitôt qu'on les supposait endormis, un prêtre vêtu des habits d'Esculape, imitant ses manières, et suivi des filles du dieu, c'est-à-dire de jeunes comédiennes instruites à jouer lestement ce rôle, entrait pour indiquer à chacun le remède que le récit de sa maladie faisait juger le plus utile pour sa guérison. Comme le dieu ne devait se dévoiler qu'en songe, les malades étaient couchés sur des peaux de belier destinées à procurer des songes divins. C'était un crime de ne pas feindre le plus profond sommeil, même lorsqu'on était le mieux éveillé, et il fallait bien se garder de mettre en doute que ce qu'on avait entendu de ses oreilles, ou vu de ses yeux, ne fût une vision céleste. » Le valet, dans la bouche duquel Aristophane met tout ce récit, peint, d'une manière comique, l'astuce de ces hommes divins et leur pieuse avidité. « L'adresse, la promptitude du sacrificateur à ramasser, et à mettre dans son sac tout ce qui se trouvait sur les autels et sur la table des sacrifices, excita, dit-il, son admiration, et lui donna la plus grande idée du savoir-faire de son dieu.... »

Du temps de Lucien, les jongleries sacerdotales étaient déjà tombées dans le mépris; mais les fainéans, dont elles faisaient le patrimoine, ne perdirent pas courage. Les personnes qui ne sont pas entièrement étrangères à l'histoire de cette époque, savent quels efforts et quelle persévérance ils employèrent à ressusciter des croyances et des pratiques rejetées par tous les hommes de bon sens; efforts et persévérance fort inutiles sans doute, mais qui fournirent plus d'une fois l'occasion d'observer l'hypocrisie profonde et l'audace de ces imposteurs sacrés. Esculape, qui vivait environ cinquante ans avant le siége de Troie, est le médecin le plus renommé de cette époque. Après lui viennent Podalyre et Machaon, ses deux fils, qui furent du nombre des héros chantés par Homère dans l'Iliade. Il n'entre point dans notre objet d'examiner si Esculape, divinisé par les Grecs, est un être enfanté par leur imagination, ou si ce fut un être réel, à qui ses bienfaits pour l'humanité méritèrent des temples.

Nous ne savons rien sur l'étendue de ses connaissances, qui durent être très-bornées, si l'on considère que, huit cents ans après lui, les Grecs n'avaient pas encore étudié l'anatomie. Quelque imparfaites que soient, au reste, les données que nous avons sur la médecine des premiers siècles de la Grèce, elles nous suffisent cependant pour prouver que l'art de guérir était moins une science qu'une collection de pratiques superstitieuses transmises par tradition, et dont les prêtres faisaient une science religieuse et mensongère, à l'aide de laquelle ils agissaient quelquefois assez adroitement sur l'imagination des malades.

De la médecine des premiers temps de Rome. On croit généralement que les Romains furent long-temps sans avoir de médecins; mais cette opinion, trop légèrement accréditée, n'a aucun fondement solide. Tous les peuples se ressemblent, à peu de chose près, dans leur origine; tous ont presque les mêmes besoins, et doivent chercher à satisfaire les plus pressans. De ces besoins, le plus impérieux est celui de calmer la douleur, dont aucun homme n'est exempt. Ainsi donc, comme les Grecs, les Egyptiens, etc., les descendans de Romulus eurent leurs guérisseurs, leurs charlatans, leurs jongleurs, qui s'occupaient de soulager les infirmités humaines. C'était presque toujours, au rapport de Sprengel, des augures et des aruspices venant de l'Etrurie qui exerçaient la médecine à Rome dans les premiers temps de sa fondation. Pline dit positivement que Rome fut six cents ans, non sans connaissances médicales, mais sans médecins que l'on pût regarder comme savans dans leur art. Il faut convenir cependant que Rome sauvage et guerrière, occupée si long-temps de conquêtes, ne connut que bien tard les sciences et les arts, qui naissent le plus souvent de la multiplicité des besoins, et marchent avec les progrès du luxe et de la civilisation. Les Romains admirent toute la mythologie médicale des Grecs; ils adorèrent Escu-

lape, Hygie, et créèrent plusieurs autres dieux et déesses, qui présidaient également à la santé; ils leur bâtirent des temples où ils allaient consulter l'oracle pour des maladies épidémiques, etc. Mais toutes ces jongleries tombèrent en désuétude aussitôt que les médecins grecs, attirés par l'appât des richesses dont Rome regorgeait, y vinrent exercer leur art. Les historiens rapportent que ce furent d'abord des aventuriers, des charlatans et des esclaves qui introduisirent la médecine grecque dans la capitale du monde; mais ils furent bientôt remplacés par des hommes d'un véritable talent, ainsi qu'on le verra dans la suite. Plusieurs austères républicains, parmi lesquels on doit citer Caton le censeur, se montrèrent quelquefois peu favorables à la médecine grecque, ce qui a donné lieu à la fable du bannissement des médecins. Il est certain d'ailleurs que les Romains, voyant que la culture des sciences et des arts apportés à Rome par les Grecs, amollissait le caractère du peuple, et affaiblissait son âpreté guerrière et son ardent amour pour la gloire militaire, rendirent une loi qui expulsait tous les Grecs de l'Italie; mais les médecins furent nominativement exceptés de ce bannissement [1]. Ainsi, c'est à tort qu'on a dit si souvent qu'ils avaient été chassés de Rome: il suffit de consulter Schulze [2] pour se convaincre que cette calomnie n'a aucun fondement.

On voit, par ce qui précède, que nous n'avons point eu l'intention de faire l'histoire de la médecine des anciens peuples, mais seulement de prouver, en peu de mots, que leurs pratiques médicales ne peuvent en aucune manière être assimilées à une science d'observation.

---

[1] Pline, XXIX, c. 1. Drelincourt, *Apologia medica contra calumniam, medicos 600 annis Romæ exulasse. Opp.*, t. II, p. 408.

[2] *Histor. med.*, p. 432 et suiv.

Première époque de la médecine, considérée comme une science. Après tant de siècles écoulés sous l'empire des préjugés religieux, il arriva enfin une époque où le progrès naturel des lumières fit justice de toutes les jongleries sacerdotales, et mit un terme aux pieuses supercheries des ministres d'Esculape. On cessa dès-lors de croire aux effets miraculeux des pratiques superstitieuses qui avaient eu tant de vogue dans la Grèce, et des hommes d'un caractère noble et d'une raison éclairée tirèrent la médecine du fond des temples, où elle n'était qu'un empirisme avide et mensonger, pour la soumettre à des principes plus réguliers, et en former un corps de doctrine vulgaire. Ce furent quelques philosophes de l'école de Pythagore qui rendirent cet insigne service à l'humanité; ils commencèrent d'abord par imiter les prêtres, afin de gagner la confiance du peuple, et de lui prouver qu'ils avaient aussi le don d'interroger les dieux; ensuite ils déclarèrent publiquement que toutes les cérémonies sacrées employées par les prêtres ou les philosophes-médecins, n'étaient que de vaines impostures, et qu'ils guérissaient leurs malades par des moyens naturels. Cette première révolution, due à la philanthropie de quelques ames nobles et généreuses, sera toujours une époque mémorable dans les fastes de la médecine; car, en arrachant l'art de guérir des mains des prêtres, pour le rendre usuel et vulgaire, elle déchira le voile qui le cachait aux yeux des hommes éclairés. Chacun alors put en faire l'objet de ses méditations particulières, et ajouter les résultats de son expérience à ce que ses devanciers avaient laissé de bon et d'utile: aussi est-ce seulement à dater de cette époque que la médecine fit quelques progrès. On fut loin toutefois d'obtenir de suite les résultats qu'on devait attendre d'un changement si heureux, parce que les philosophes grecs, qui avaient, pour ainsi dire, tiré notre art du néant, non contens de l'éclairer par de simples raisonnemens déduits des faits, voulurent y appliquer

les lois hypothétiques de leur métaphysique obscure; ce qui inonda la médecine d'explications nuisibles, et retarda les progrès de l'observation. Ainsi Pythagore, dit Cabanis, voulait expliquer les lois de l'économie animale, la formation des maladies, l'ordre de leurs phénomènes et l'action des médicamens, par la puissance des nombres; Démocrite, par le mouvement et les rapports de forme ou de situation des atomes; Héraclite, par les diverses modifications que peut éprouver l'influence du feu créateur et conservateur de l'univers.... De là naquirent tant de futiles théories, qu'on retrouve encore dans les ouvrages de Platon, d'Aristote, de Plutarque, et dont ceux d'Hippocrate lui-même ne sont pas entièrement dégagés, etc.

Pythagore, génie vaste dont nous ne possédons que quelques fragmens échappés aux ravages du temps, paraît avoir le premier cultivé et exercé la médecine comme un art vulgaire. Ses nombreux élèves s'acquirent une telle réputation, qu'ils passèrent long-temps pour les plus habiles médecins de la Grèce. Alcméon, l'un d'entre eux, fut le premier qui étudia l'anatomie sur les animaux. Après Alcméon vint Empédocle d'Agrigente, l'un des plus illustres sectateurs de Pythagore : les historiens du temps font mention de l'heureux emploi qu'il fit des lois de l'hygiène publique pour la conservation de son pays, qu'il garantit, dit-on, des ravages de plusieurs maladies épidémiques. Empédocle écrivit quelques livres sur la physiologie, dans lesquels il traita spécialement des sensations, de la génération, de la respiration, etc. Quoique ces livres soient aujourd'hui à peu près inintelligibles, ils furent alors très-utiles, en ce qu'ils appelèrent l'attention sur une matière aussi importante. Démocrite, contemporain d'Hippocrate, s'occupa beaucoup à chercher, dans les animaux, l'explication des phénomènes de la vie et les causes des maladies. Tout le monde sait qu'Hippocrate trouva ce grand philosophe occupé de l'étude de l'anatomie des animaux, lorsqu'il fut le visiter, d'après

l'invitation des Abdéritains, qui le prenaient pour un fou. Ce fut, on n'en peut guère douter, Pythagore ou quelques-uns de ses disciples qui introduisirent dans la médecine la doctrine des nombres et de leurs propriétés. Ces philosophes métaphysiciens étaient persuadés qu'un grand nombre de phénomènes de la nature coïncidaient avec le retour de certains jours et de certaines époques, constamment les mêmes. Hippocrate paraît avoir embrassé et fécondé cette idée, avec laquelle sa doctrine des jours critiques, dans les maladies aiguës, a les plus grands rapports. On s'est beaucoup moqué, dans les temps modernes, de la puissance des nombres; on a bien souvent révoqué en doute la coïncidence de certaines époques fixes et périodiques, de certains jours donnés comme critiques, avec les changemens qui surviennent habituellement dans les maladies : a-t-on eu également raison sur tous les points? doit-on réputer absolument illusoire l'indication des nombres 7, 14, 21, comme représentant des jours heureux pour les malades? n'a-t-on pas examiné avec trop de légèreté les observations profondes faites par les anciens?

Une des écoles philosophiques les moins célèbres de l'ancienne Grèce, et qui pourtant rendit d'importans services aux sciences d'observation, d'après les témoignages d'Aristote et de Cicéron, fut l'école d'Elée. Elle suivit constamment la voie expérimentale dans l'étude des lois de la nature; elle admit toujours avec une grande réserve les principes de la philosophie corpusculaire des écoles pythagoriciennes, et toute cette métaphysique obscure, née de l'excès des explications et de l'abus des théories scolastiques. C'est ici le lieu de dire un mot d'Acron, regardé comme le chef de tous les empiriques de l'antiquité. S'il faut en croire Leclerc, rien n'est plus incertain que l'existence de ce personnage fameux, que les uns placent à Athênes, et que d'autres regardent comme Agrigentin. Cependant plusieurs historiens en parlent comme d'un homme très-

recommandable. » De tous les philosophes livrés alors à l'étude de la médecine, dit Cabanis celui qui sut mieux se garantir de l'esprit d'hypothèse, fut Acron, originaire d'Agrigente, en Sicile. Ce génie original et hardi, que les empiriques des siècles postérieurs ont regardé comme leur chef, voulut ramener l'art de guérir à la seule expérience. Il réduisit tous les raisonnemens à l'appréciation des symptômes, qu'il permettait de comparer, et à l'examen des analogies, desquelles il reconnaissait qu'on peut souvent tirer les indications. » Il paraît, en effet, qu'Acron, mécontent des vaines théories et des subtilités scolastiques de son temps, rejeta tous les systèmes, et n'admit pour fondement de la médecine que les résultats comparés de l'observation.

Hérodicus, philosophe, et maître d'une académie où la jeunesse athénienne allait s'exercer, ayant remarqué que ceux qui se livraient à la gymnastique étaient forts, vigoureux, et jouissaient en général d'une bonne santé, crut qu'on pouvait en tirer un grand parti pour la médecine. Cette observation, exacte et bonne en elle-même, conduisit pourtant notre philosophe à de fausses conséquences. En effet, de ce que l'exercice était avantageux à un certain nombre d'individus, dans des conditions données, Hérodicus en conclut qu'il devait être utile dans tous les cas ; il tomba ainsi dans une erreur, encore si commune aujourd'hui, qui consiste à trop généraliser une opinion embrassée d'une manière exclusive, et à en faire l'application dans toutes les circonstances et à tous les cas possibles. Hérodicus, néanmoins, en créant la gymnastique médicinale, appela le premier l'attention des médecins sur les exercices du corps, et sous ce rapport il mérite d'être cité avec honneur parmi les philosophes grecs qui hâtèrent les progrès de notre art. Quelques historiens prétendent qu'on l'a jugé trop sévèrement, et qu'Hippocrate lui-même n'était pas exempt des préventions que fait naître la rivalité, lorsqu'il disait qu'*Hérodi-*

cus tuait les fébricitans par trop de promenades, par la lutte, etc., rien n'étant plus contraire à ceux qui ont la fièvre, que la lutte, la promenade, les courses, etc.; qu'en prétendant surmonter la fatigue que cause la maladie, par une autre fatigue, il attirait à ses malades, tantôt des inflammations, tantôt des maux de tête, etc. Nous n'avons aujourd'hui aucun moyen de nous assurer si l'accusation intentée à Hérodicus est vraie ou fausse : on peut dire seulement que le caractère connu d'Hippocrate éloigne toute idée de calomnie.

Concluons de ce qui précède, que, dans cette première époque, les philosophes communiquèrent, par leurs travaux, une grande impulsion à l'art de guérir, en l'arrachant des mains de l'ignorance et de la superstition, pour le faire passer dans celles de savans éclairés. Mais avouons en même temps, que si, d'un côté, les premiers sages méritèrent bien de l'humanité en opérant cette grande révolution, d'un autre ils entravèrent beaucoup la marche de la science qu'ils avaient pour ainsi dire créée, en passant tout à coup d'un empirisme grossier, à un dogmatisme hérissé d'hypothèses hasardées. Ainsi, à l'aurore de notre art comme dans les plus beaux jours de sa splendeur, on sut rarement se tenir dans de justes limites, et, par une fatalité inhérente à l'esprit humain, on ne put éviter des excès que nous avons encore à déplorer aujourd'hui, après plus de vingt siècles d'expérience.

P. PINEL et I. BRICHETEAU.

(*La suite au prochain cahier.*)

Réflexions *sur l'Ingurgitation* [1]

On entend en général, par ingurgitation, l'état d'une cavité qui est pleine jusqu'à regorger. Mais ce mot, trop peu usité, quoique des plus expressifs, ne s'applique guère qu'à l'estomac surchargé d'alimens et de boissons. Il s'associe naturellement à ceux de *gula*, *helluo*, *vorago*, *ingluvies*, *crapula*, et il rappelle tantôt les héros fabuleux de Pantagruel, tantôt ces sales dévorateurs, ces dégoûtans polyphages dont nous avons tracé l'histoire dans le *Dictionaire des Sciences médicales*. C'est du substantif *gurges*, goufre, ou du verbe *ingurgitare*, engoufrer, qu'il dérive, et cette origine seule peint parfaitement le sens qu'on doit y attacher. On se figure un abîme où tout se précipite d'abord, mais qui finit par ne pouvoir plus rien contenir, et qui rejette de toutes parts ce qui excède sa vaste capacité.

L'ingurgitation, quand elle est habituelle, tend à distendre l'estomac, et à lui donner jusqu'à dix fois plus d'ampleur; nous en avons conservé un qui tenait jusqu'à dix-huit pots de liquide. L'individu auquel il appartenait était un dragon, grand mangeur, qu'on avait passé par les armes pour fait de désertion. Avant d'aller à la mort, il lui avait été fourni de quoi manger et boire jusqu'à satiété, et à l'ouverture de son corps, encore chaud, nous trouvâmes que son immense *gaster* avait pour ainsi dire envahi tout l'abdomen.

Les peuples qui vivent d'alimens grossiers et peu nourrissans sont obligés de manger beaucoup; ils se mettent journellement en état d'ingurgitation, et leur estomac finit par s'étendre outre mesure.

---

[1] Cet article devait entrer dans le tome 25 du *Dictionaire* : ayant été terminé trop tard, il n'a pu être inséré.

L'ingurgitation est plus dangereuse à raison de la qualité des substances qui la constituent, qu'à raison de leur quantité. Ainsi, un Lazzaroni, couché sur le dos, se fait plaisamment entonner de l'eau à la glace, *aqua nevata*, tant qu'il en peut entrer dans son estomac. La jauge est ordinairement de cinq ou six de nos bouteilles. Quand il est rond, il s'endort aussitôt, se réveille pour uriner, puis se rendort encore. Au bout de trois ou quatre heures, il se lève, et va se promener. Nous avons essayé une fois combien un de ces Lazzaroni pourrait manger de macaroni. C'était à une foire, et devant beaucoup de monde attiré par ce spectacle; il vida un chaudron plein de cette pâte, à laquelle on avait ajouté du fromage et un peu de sauce. Nous en payâmes vingt livres.

Nos troupes, qu'accablait en Égypte une soif sans cesse irritée par la décevante image et la cruelle illusion que leur offraient les ondes de sable mouvant du désert, étant enfin arrivées au Nil, entrèrent tumultueusement dans le fleuve, jusqu'aux hanches, et s'y repurent si avidement et si copieusement, que chez tous il y eut ingurgitation de l'estomac, sans qu'aucun en fût autrement incommodé. Seulement chez quelques-uns, le viscère se soulageait, mais sans efforts, en repoussant le trop-plein. Ils rejetaient par la bouche, comme certains poissons par leur évent, des colonnes d'eau qui les mettaient aussitôt à leur aise.

Rien n'est plus commun que les ingurgitations de raisin pendant les vendanges. Rarement on en est incommodé, quoiqu'on en mange jusqu'à n'en pouvoir plus avaler un seul grain.

Mais les choses ne se passent pas aussi tranquillement dans l'ingurgitation de vin, et à plus forte raison de liqueurs alcooliques. Autrefois on mettait un fol amour-propre à vaincre à table, et à lasser tous les convives. On se rappelle que les Romains comptaient les coups qu'on devait boire, et qu'ils en imposaient le double, le triple, etc., quand on n'observait pas

les lois du festin. L'empereur Claude s'ingurgitait de vin et de bonne chère, au point qu'on l'emportait de table, on le couchait sur le dos, et on le faisait vomir en lui introduisant une plume dans le gosier. Vitellius répétait quatre fois par jour cette scène dégoûtante, pour avoir le plaisir de se gorger de nouveau d'huîtres, qu'il aimait passionnément. On se refuse à croire que les dames romaines partageaient ces honteux excès. On se rappelle aussi à quels nombreux accidens exposaient ces sortes d'orgies, contre lesquelles Cicéron avait inutilement tonné, et au sénat et à la tribune.

Nos ancêtres, les Gaulois et les Celtes, étaient d'insatiables buveurs, et Poultier, dans leur histoire, n'a pas oublié de parler des effets et des suites de leur presque continuelle ingurgitation de vin et de *cervoise*.

Le croira-t-on? pendant un certain temps la mode et le ton, en France et même à la cour, étaient d'aller au cabaret, et de n'en sortir que l'estomac plein de vin, et le nez barbouillé de tabac. Il en coûtait cher quelquefois à certains seigneurs, fluets et débiles, pour avoir voulu rivaliser d'intempérance avec des courtisans robustes et exercés. Plus d'une famille a déploré la perte d'un héritier mort honteusement des suites d'une telle ingurgitation.

Le comte de Bassompierre contribua, plus qu'aucun de ses contemporains, à la réputation que s'étaient faite les Français de boire autant et aussi bien qu'aucun autre peuple de l'Europe, lorsqu'après un dîner somptueux et largement arrosé, il prit congé des Suisses, auprès desquels il avait été envoyé. Ceux-ci lui présentèrent, au moment où il montait à cheval, le vin de l'*étrier*, dans une coupe de quelques pintes. « Oui-dà, Messieurs, leur dit-il; mais voici mon verre à moi; » et il fit remplir sa botte forte à chaudron, qu'il vida à leur santé. Était-ce là une ingurgitation, et comment l'estomac d'un homme peut-il contenir tant de choses? Le noble envoyé fit la

route à cheval, et sans doute qu'en cheminant l'estomac se vida spontanément peu à peu. C'est ce qui arrive en pareille circonstance chez les personnes fortes, et, comme on dit, dures à vomir. Les secousses déterminent une vomiturition qui rétablit l'équilibre, et prévient les crises et les malheurs de l'ivresse. Il suffit, dans quelques ingurgitations, de se baisser ou de se pencher en avant, pour qu'il sorte aussitôt de l'estomac un flot de liquide ou d'alimens liquéfiés, qui raccommode ce viscère.

On voit quelquefois survenir, comme l'ont observé Peyer et beaucoup d'autres, une sorte de rumination, ou de mérycisme, qui, faisant rendre la surcharge par gorgées, dégage encore plus sûrement et plus doucement l'estomac.

On avait fait boire à M. de Bassompierre du vin du Rhin de cent cinq ans. Ceci est digne de remarque. Si l'ingurgitation de sa seigneurie avait eu lieu avec du gros vin rouge du Rhône, ou avec du vin fumeux du Midi, les choses se seraient passées bien autrement. C'est dans ces cas-là qu'on voit cette ivresse brutale et ignoble, que les anciens appelaient *plumbeam et indecoram ebrietatem*, ivresse que les vins légers, acidules, aqueux et froids, ne produisent que difficilement.

L'ingurgitation de bière, si lourde, si accablante, que si l'on appelle, dans nos pays, un ivrogne un sac à vin, on le nomme, dans la Flandre, un sac à terre; cette ingurgitation est plus souvent suivie d'accidens que celle de vin.

Nous avons vu, dans le Nord, étendre en travers d'un tonneau, et sur le ventre, des hommes pleins de bière, afin de forcer le liquide à s'échapper de l'estomac par son propre poids, ce qui suppose dans le cardia un relâchement qui y existe réellement, puisque quelquefois l'œsophage est lui-même ingurgité, et justifie le proverbe qui dit : il en a *jusqu'au gosier*.

Nous avons vu aussi faire monter un enfant pieds nus sur le

ventre d'un individu en état d'ingurgitation de bière, le faire sauter, et déterminer ainsi un désemplissement sans lequel la vie eût été, nous disait-on, en péril. Mais ne risquait-on pas de causer une rupture de l'estomac, comme il y en a plusieurs exemples en pareille conjoncture, soit par l'effet de la pression, soit par celui d'une subite percussion. Jean Fatio a vu, l'un des premiers, la vessie se déchirer par une de ces causes, et nous avons publié quatre faits de cette nature dont nous avions été témoins, savoir, chez deux maréchaux ayant reçu, en ferrant, un coup de pied de cheval sur la région de la vessie, actuellement remplie d'urine; et chez deux hommes du peuple, qui, à l'issue d'une orgie, et ayant déjà une partie de la boisson dans la vessie, avaient été frappés, dans une rixe, sur ce viscère distendu.

On connaît le genre de supplice ou de torture, d'une recherche si lâche et si barbare, qu'employait un tyran féroce pour arracher des aveux dont il avait besoin, ou pour faire périr lentement ses ennemis, qui, disait-il, devaient se sentir mourir; il leur faisait lier le pénis, et les forçait de boire beaucoup d'eau. La vessie se remplissait, il survenait des douleurs affreuses, qu'apaisait insidieusement la gangrène, après laquelle la mort était inévitable.

L'ingurgitation a été un vice de tous les temps, mais on n'en a pas rougi partout. C'était l'usage, dans l'ancienne Judée, de se faire vomir aussitôt; et de nos jours il est encore en vigueur dans quelques contrées de l'Allemagne. Nous terminerons par en rapporter un exemple tiré de ce dernier pays.

On est dans l'usage, à Trèves, d'aller chaque année en pélerinage sur une haute montagne située près de la rive gauche de la Moselle. Des familles souvent nombreuses se réunissent, et portent avec elles les provisions, que l'on mange dans un beau site. Des troupes de musiciens se mettent à la tête de ces réunions, et les précèdent en jouant de leurs instrumens. On ne

leur donne qu'une assez mince rétribution en argent, mais on leur abandonne les restes des provisions, qui sont ordinairement assez abondantes, surtout en vin. Un de ces musiciens nous a avoué qu'il lui était arrivé plusieurs fois de faire trois voyages, et comme il était complétement ivre à son premier, et qu'il nous paraissait impossible qu'il pût encore boire et manger, il nous assura qu'il ferait cesser son état, dès qu'il le voudrait, en se faisant vomir; et en effet, dès que nous fûmes arrivés au bas de la montagne, il trouva une nouvelle société à la tête de laquelle il se mit, après avoir exécuté sa dégoûtante opération.

PERCY et LAURENT.

Revue *générale des ouvrages de médecine publiés en France depuis la fin de* 1817.

L'expérience, en médecine, s'acquiert par l'observation. Mais comment observer avec fruit, si l'on n'a pas déjà des notions théoriques, ou du moins un guide qui en tienne lieu? N'est-il pas d'un orgueil ridicule de rejeter les secours que les anciens et les contemporains offrent à notre expérience personnelle? Cependant quelques médecins affectent de dédaigner les livres et de mépriser la théorie, dont ils ne peuvent saisir l'ensemble et apprécier les avantages. Qu'ils méditent les excellens préceptes de M. Percy [1], ils apprendront que s'il y a une érudition dont le médecin peut se passer, il est de la plus haute importance pour lui d'avoir présens à l'esprit tous les faits remarquables que la pratique offre rarement, et que les livres seuls peuvent faire connaître, comme par antici-

---

[1] *Voyez* l'article *érudition*, dans le *Dictionaire des Sciences médicales*, tom. XIII, p. 226.

pation. Vainement donc de prétendus praticiens affirment, avec une fausse modestie, que les livres anciens et modernes ne contiennent rien qui ne leur ait été ou ne puisse leur être enseigné par l'observation : de pareilles absurdités décèlent l'ignorance inspirée par l'orgueil et la paresse.

Mais il existe un nombre effrayant de livres sur l'art de guérir, et chaque jour en voit éclore de nouveaux. Faut-il donc les lire tous? disent et l'élève studieux, et le médecin dont une pratique étendue absorbe tous les instans. Quel fil nous guidera dans ce labyrinthe de productions, dont plus d'une, sans doute, nous fera regretter le temps perdu à les lire?

Il serait à souhaiter que des analyses raisonnées fissent connaître ceux d'entre les ouvrages, écrits depuis le vieillard de Cos, qui méritent de fixer l'attention. Mais qui oserait entreprendre ce travail étendu et pénible, à peine encore ébauché? car il ne suffit pas de dire qu'*il y a de bonnes choses* dans Cullen, que Stahl *était un grand observateur*, que Sydenham est l'*Hippocrate de l'Angleterre*, et Baillou celui de la France. Ces indications vagues n'apprennent rien, et ne servent à rien. Nulle part on ne trouve une instruction judicieuse sur la méthode d'étudier l'histoire de l'art [1], et nous ne craignons pas de dire que c'est là un grand vide dans la littérature médicale.

On regrette que les journaux de médecine n'aient point été connus des anciens, et que, depuis leur établissement, on n'ait pas eu, dans les diverses contrées de l'Europe, l'idée de donner, à des époques déterminées, une revue critique des ouvrages publiés pendant le cours de chaque année. Si ce

---

[1] L'*Histoire de la Médecine*, de Kurt Sprengel, n'est pas de nature à être mise entre les mains des élèves. Il y a même peu de médecins qui puissent la lire avec fruit.

travail important avait été exécuté, nous posséderions maintenant les matériaux d'une histoire complète des progrès successifs et des pas rétrogrades, malheureusement trop nombreux, que la médecine a faits dans tous les siècles. Il serait difficile aujourd'hui de remplir la lacune que nos pères ont laissée. D'ailleurs, une pareille entreprise sort du plan de ce Journal, et nous ne devons pas nous en occuper. Ce que nous voulons faire, et ce qui est vraiment utile dans l'état actuel de nos connaissances, c'est de rendre un compte exact des livres qui paraîtront désormais en France sur chacune des sciences dont se compose le vaste domaine de la médecine, et de réaliser, pour le présent, ce qu'il serait à désirer qu'on n'eût pas négligé autrefois. Indépendamment des avantages que ce travail promet pour l'avenir, il en présentera de grands à nos contemporains : il les guidera dans le choix des ouvrages dont leurs bibliothèques devront être composées, et qu'ils auront besoin de consulter sans cesse, soit pour se maintenir au courant de la science, soit pour y puiser des notions utiles sur la nature et le traitement des maladies.

Peut-être conviendrait-il d'examiner, en peu de mots, quels sont les devoirs du critique qui ose ainsi devancer le jugement du public, et prononcer sur le mérite des écrits de ses confrères. Un vain désir de distribuer arbitrairement le blâme et la louange, et d'exercer une sorte de despotisme, ne doit point le diriger : de tels motifs ne pourraient que lui attirer le mépris général et la juste haine des auteurs sacrifiés à ses passions. Son but doit toujours être de propager, autant qu'il dépend de lui, les observations et les idées nouvelles, en ayant soin de les comparer avec celles qui sont généralement connues ou admises, afin de déterminer quelles conséquences on peut déduire des unes, et quelle importance il faut attacher aux autres. Son devoir est de signaler, non-seulement les ouvrages qui portent l'empreinte d'un véritable talent, mais encore les compilations informes où l'on répète ce qui a déjà été dit

cent fois, les livres qui tendent à faire revivre d'anciennes erreurs, que le temps avait consacrées et dont il avait fini par faire justice. Parcourir cette carrière avec succès, c'est-à-dire à l'avantage de la science et du public, ne peut manquer de procurer des jouissances bien douces; car si, dans un semblable travail, l'auteur doit disparaître pour ne laisser voir que son sujet, il trouve sa récompense dans l'approbation des gens de bien et des bons esprits.

Tels sont les principes qui nous dirigeront constamment dans la rédaction du travail dont nous sommes chargés pour ce Journal, qui est consacré d'une manière spéciale à présenter successivement le tableau abrégé, mais précis, de la littérature médicale, puisqu'il servira de supplément à un Dictionaire où l'on doit trouver tout ce qui a été écrit d'important, jusqu'à ce jour, sur la théorie et la pratique de l'art de guérir.

Si nous gardons l'anonyme, ce n'est ni par crainte ni par malice : peut-être est-ce par paresse, ou plutôt c'est pour l'intérêt même de la science. Nous voulons être parfaitement libres dans nos jugemens, et nous sacrifierons l'amitié elle-même à la vérité : c'est dire que nous ne ménagerons personne. Cependant nos jugemens reposeront moins sur nos idées personnelles que sur les principes universellement adoptés, auxquels nous rappellerons sans cesse.

Un grand nombre de systèmes ont été prônés, et sont retombés dans un oubli mérité : peut-être ceux qui sont le plus vantés actuellement éprouveront-ils un jour le même sort. Nous avons cherché à nous préserver de l'enthousiasme que la nouveauté inspire trop souvent. Avons-nous réussi ? c'est au lecteur à prononcer. Dans tous les cas, quelques réclamations que provoquent nos articles, jamais nous ne répondrons. Des auteurs mécontens essayeront peut-être de nous faire rompre le silence; nous leur répondons d'avance : « Un homme qui n'est attaqué que dans ses écrits, ne doit jamais répondre aux cri-

tiques ; car, si elles sont bonnes, il n'a autre chose à faire qu'à se corriger, et si elles sont mauvaises, elles meurent en naissant [1]. »

Quant à ces écrivains ridicules, que les louanges les plus fades peuvent seules contenter, nous leur dirons : Mérite-t-on d'être connu pour avoir fait un mauvais livre, et ne rougissez-vous pas de mendier les applaudissemens réservés au talent ? S'il nous arrive de mécontenter quelque auteur estimable, en faisant remarquer les imperfections de ses écrits, dont nous aurons d'ailleurs dit tout le bien qu'ils pourront mériter, nous l'engagerons à méditer ce passage, qui, à coup sûr, le guérira de sa rancune : « Il est bon de relever les méprises qui se trouvent dans un livre utile : ce n'est même que là qu'il faut les chercher. C'est respecter un bon ouvrage que de le contredire ; les autres ne méritent pas cet honneur [2]. » Mais il est temps d'entrer en matière.

Le semestre qui vient de s'écouler ne fera pas époque dans l'histoire de la médecine française, si l'on en juge au moins par les livres nouveaux que nous avons en ce moment sous les yeux ; les seuls qui méritent de fixer l'attention étant de nouvelles éditions d'ouvrages dont la réputation est faite depuis long-temps.

Le premier qui s'offre à nos regards est la troisième édition de l'*Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*, par J. N. Corvisart [3]. Il est facile de porter un jugement sur ce livre, devenu le manuel des praticiens. On y trouve tout ce qui constitue un bon ouvrage de médecine : faits nombreux, bien observés, et rapprochés avec sagacité ; inductions pleines de justesse, et tableau complet du diagnostic des maladies les plus fréquentes du cœur. Si le pronostic est peu consolant, et si le traitement se réduit à l'emploi de quelques palliatifs, c'est que le pouvoir du

---

[1] Voltaire, *Discours préliminaire d'Alzire*.
[2] Voltaire, *Mélanges de littérature*, ch. 43.
[3] Un vol. in-8. Paris, 1818. 489 pages.

médecin n'égale pas, à beaucoup près, les désirs du malade. On puisera dans cet *Essai*, non-seulement d'excellentes leçons de pathologie, mais encore des préceptes de morale, tels qu'on en trouverait difficilement ailleurs. L'auteur décrit avec habileté et chaleur les effets de l'influence que les affections morales et les élans impétueux des passions, sources fécondes de vertus et de vices, exercent sur nos viscères. Partout il démontre qu'aller au-delà des bornes prescrites par la nature, c'est hâter sa destruction et devenir l'ennemi de soi-même. Nous ne nous arrêterons pas sur un livre dont le public connaît depuis long-temps tout le mérite. Si nous disions que trop souvent les symptômes dont il est peu facile de rendre compte sont attribués à la présence d'un *âcre*, être imaginaire, dont probablement M. Corvisart lui-même n'a pas d'idée bien claire, on nous répondrait qu'une tache aussi légère s'aperçoit à peine, et qu'elle est bien rachetée par une foule de sentences dignes des beaux temps de la médecine antique, telles que la suivante, dans laquelle l'auteur donne, en peu de mots, l'idée qu'on doit se former de la véritable physiologie : « Quand je dis la *physiologie*, j'entends la physiologie d'observation, la physiologie pathologique, toujours en garde contre les trop faciles inductions par analogie, et non la physiologie systématique, qui suppose souvent et qui explique toujours. »

Si tous les médecins qui ont écrit ou enseigné depuis vingt-cinq ans, s'étaient pénétrés de l'importance de cet aphorisme, qui ne serait pas déplacé dans les écrits d'Hippocrate, il resterait beaucoup moins à faire; bien des choses aussi ne seraient pas faites, et par suite on aurait moins d'erreurs à combattre, car chaque année en produit de nouvelles, tandis qu'il faut quelquefois des siècles pour découvrir et surtout pour faire admettre une vérité : ce qui vient sans doute de ce qu'après avoir observé avec attention, il est encore nécessaire de réfléchir long-temps, pour discerner le vrai et l'isoler des mensonges qui l'enveloppent.

Telle n'est pas la méthode suivie par certains écrivains, au nombre desquels on doit placer M. Lanthois, dont l'ouvrage [1], digne de figurer parmi ceux des commentateurs de Galien, forme un contraste parfait avec l'*Essai* de M. Corvisart. La première édition de ce traité ayant été distribuée dans les antichambres et les salons, un officieux, comme il en est tant, annonça la seconde dans une feuille quotidienne, en lui prodiguant les épithètes flatteuses dont on est souvent avare pour les livres qui les méritent. Les personnes sensées ne se laissent pas prendre à ces piéges grossiers; tout médecin qui s'avilit jusqu'à mendier le suffrage des journaux politiques, juges incompétens en pareille matière, et quelquefois trop complaisans, leur inspire une juste défiance : malheureusement elles ne forment pas, à beaucoup près, la majorité; les dupes mordent en grand nombre à l'hameçon, et l'ignare mais adroit charlatan s'applaudit du succès, en prenant leur argent ou mangeant leur dîner.

Le même esprit qui a dicté cette informe production, nous a valu sans doute aussi les *Recherches sur la contagion des fièvres intermittentes*, par F. M. Audouard [2]. Mais non : ici point d'humorisme exclusif; on y trouve aussi du solidisme, destiné à fournir des ombres au tableau. Heureusement pour l'espèce humaine, on chercherait en vain dans cet ouvrage les preuves démonstratives de la contagion des fièvres intermittentes. Le lecteur qui ne s'en rapporterait pas à nous, pourra facilement s'assurer que nous n'avançons rien qui ne soit susceptible d'être rigoureusement prouvé.

La contagion est un des problèmes les plus importans qui aient exercé l'imagination des médecins. Pour le peuple tout est contagion, et le fait le plus insignifiant le lui *démontre*. Si l'on nous demandait la raison d'une telle facilité à admettre

---

1 *Théorie nouvelle de la phthisie pulmonaire*. In-8. Paris, 1818.

2 Un vol. in-8. Paris, 1818. 291 pages.

une supposition souvent si désastreuse, nous répondrions que le peuple de toutes les classes et de tous les états est peu difficile en matière de preuves. Il croit à la contagion des maladies les moins contagieuses, comme il croit aux revenans et au mesmérisme, aux loups-garoux et au magnétisme animal. Ce qu'il y a de plus déplorable, c'est que, sous ce rapport, il est beaucoup de *médecins* qui sont *peuple*. Mais le croira-t-on? parmi ces médecins sont la plupart de ceux qui déclament avec le plus d'acharnement contre l'esprit de système, et qui affectent une aversion décidée pour les théories et les hypothèses.

Certaines personnes, en effet, ne laissent échapper aucune occasion de s'élever avec chaleur contre tout ce qui n'est pas *observation, fait, pratique, guérison*. Satisfaites d'avoir prononcé ces grands mots, elles se taisent *modestement* dès qu'il s'agit de raisonner, comme si l'expérience était quelque chose sans le jugement! Elles affectent du mépris pour tout livre traitant d'autre chose que de l'indication des cas où il convient d'administrer le jalap plutôt que la rhubarbe. Toute la médecine est là, disent-elles. Nous sommes loin de nier que le but du médecin soit de guérir les maladies, quand il le peut; mais nous pensons qu'un praticien étranger aux grandes vues médicales n'aura jamais pour guides que des aperçus inexacts et des à peu près sans certitude. Il importe donc que les élèves se rendent familiers les livres de Cabanis, de Bordeu, et de tous ceux qui ont fait voir combien il était nécessaire d'appliquer enfin l'analyse à la médecine. Quelle science d'ailleurs réclamait plus impérieusement cette heureuse application, si ce n'est celle qui a pour but, non-seulement la conservation ou le rétablissement de la santé, mais encore tout ce qui tend à perfectionner le physique et le moral de l'homme?

Les médecins purement praticiens sont très-près des routiniers, et bien loin des hommes supérieurs dont les travaux font époque dans l'histoire des sciences. Bordeu occupa une des premières places parmi ces grands hommes, et nous pou-

vons l'opposer avec orgueil aux étrangers, qui daignent à peine accorder que la France ait possédé quelques vrais médecins. Si la Germanie s'enorgueillit d'avoir eu son Stahl, son Hoffmann, son Boerhaave, nous devons à la vérité de dire qu'elle n'a produit aucun homme comparable à Bordeu. Les écoles de Stahl, d'Hoffmann et de Boerhaave n'ont laissé que des traces, presque partout effacées maintenant; mais Bordeu peut être considéré comme le fondateur d'une école qui jouera le rôle le plus brillant dans l'histoire de notre art. Il reconnut l'utilité que pouvait avoir en médecine l'anatomie dédaignée par Stahl, et stérile entre les mains de Boerhaave. Il créa une nouvelle physiologie, et on peut même dire que seul il a su faire connaître ces belles lois de l'économie vivante, pressenties par les anciens, et vainement démontrées depuis aux partisans du mysticisme, de la chimie et de la physique. Mais la physiologie n'était point à ses yeux un objet de pure curiosité; il la rendit utile en l'appliquant à la pathologie, et prouva, par le précepte et par l'exemple, que, sans l'union intime de ces deux sciences, on ne saurait arriver à rien de fixe. Ennemi des systèmes, s'il ne sut pas toujours se préserver des hypothèses, au moins les siennes furent-elles toutes ingénieuses, et il ne les considérait d'ailleurs que comme des jeux de l'esprit. Ses idées pleines de hardiesse ont été fécondées par d'habiles médecins dignes d'être ses successeurs. Depuis lui, l'anatomie générale a été créée, l'anatomie pathologique reconnue indispensable, la pathologie exposée avec une méthode inconnue jusqu'alors, et la matière médicale débarrassée de toutes les traces impures des siècles d'ignorance : de sorte que si l'on ne peut attribuer à lui seul tant de progrès faits en si peu de temps, il y aurait de l'injustice à disconvenir que c'est en partant de ses travaux, et prenant la science au point où il l'avait laissée, qu'on est parvenu à produire une pareille révolution.

On ne saurait donc trop louer celui qui a conçu l'idée de

donner une nouvelle édition des œuvres de ce grand homme [1], dont les écrits, oubliés des anciens médecins, et trop peu lus par les jeunes, sont une source dans laquelle il est curieux de retrouver l'origine de presque tout ce qui a été dit en médecine depuis leur publication. Nous nous proposons de revenir sur cet ouvrage important; mais nous ne pouvons différer de dire que nous avons lu avec un vif plaisir la notice historique, dans laquelle le savant éditeur a cru devoir signaler à l'indignation des siècles à venir les persécutions souffertes par Bordeu, dont la douceur aurait dû désarmer les ennemis de sa gloire. Tout homme honnête applaudira aux intentions de M. Richerand; car il importe à la morale publique de montrer le vice dans toute sa laideur. La conduite de Bouvart fut tellement atroce, que la plonger dans l'oubli serait à la fois encourager ceux qui voudraient l'imiter, et refuser à l'homme de bien persécuté par des méchans, la justice que la postérité lui doit.

Bichat fut l'un des disciples les plus remarquables de Bordeu, dont il continua et compléta les recherches anatomiques et physiologiques. Si la mort ne l'eût enlevé au début de sa carrière, il eût peut-être entrepris, pour la pathologie, ce qu'il a fait pour la physiologie. On trouve dans ses écrits des vues pleines de sagacité, qui décèlent un génie digne de suivre la route tracée par Bordeu, et capable d'en ouvrir de nouvelles. Un professeur célèbre de la Faculté de Paris, en débrouillant le chaos informe de la médecine des écoles, indiqua les recherches qui restaient à faire sur les divers tissus dont se composent les organes. Il inspira Bichat, qui fit ces recherches, et s'immortalisa en publiant le premier traité connu d'anatomie médicale. On lui a reproché le défaut d'érudition : on aurait dû plutôt le blâmer de n'avoir point indiqué les sources où il

---

[1] *Œuvres complètes de Bordeu, précédées d'une notice sur sa vie et sur ses ouvrages.* In-8. Paris, 1818. 2 vol. de 1044 pages.

puisait sans réserve. S'il eût avoué ce qu'il devait à Bordeu, sa gloire n'en eût point souffert, et il n'eût pas donné un mauvais exemple, qui n'a été que trop suivi, comme il sera facile de s'en convaincre en lisant l'article que nous donnerons incessamment sur les écrits de l'immortel auteur des *Recherches sur le tissu muqueux*.

Plus reconnaissant envers Bichat que celui-ci ne le fut envers son maître, un médecin militaire déjà célèbre établit en ce moment une doctrine dont chaque jour il avoue devoir l'idée mère à cet illustre physiologiste. Les vues théoriques et pratiques de M. Broussais diffèrent essentiellement des dogmes reçus dans l'école de Paris. Cet écrivain paraît méditer une réforme de la pathologie ; mais il n'a pas encore publié une exposition complète de sa doctrine, peu connue des praticiens de Paris, et par conséquent ignorée de la plupart des médecins de province. Nous tenterons de mettre les uns et les autres à portée de juger la nouvelle école, qui annonce hautement l'intention de soumettre la république médicale à ses décisions, ou plutôt qui appelle tous les médecins à l'examen des idées sur lesquelles ils ont été dirigés jusqu'à présent. Nous donnerons un tableau complet des principes de M. Broussais, et nous rapporterons sommairement tout ce qui a été dit pour et contre, afin d'asseoir ensuite un jugement impartial sur les critiques et les louanges qu'on en a faites.

Nous croyons cependant devoir annoncer, par anticipation, un écrit [1] dont le titre semblait indiquer qu'à des faits on répondrait par des faits, et que la logique la plus sévère dirigerait dans l'appréciation comparative des uns et des autres ; mais il n'y a dans les *Observations cliniques* qu'un petit nombre d'argumens noyés au milieu de déclamations ver-

---

[1] *Observations cliniques opposées à l'Examen de la doctrine médicale ;* par J.-B. de Larroque. *Paris*, 1818. Première partie. 1 vol. in-8. de 185 pages.

beuses. Est-ce ainsi qu'on doit discuter les intérêts de la science? Que des commentateurs obscurs, dans les siècles de barbarie, aient parlé le langage de la haine et de l'arrogance, soit : ils pressentaient sans doute l'oubli mérité dans lequel tomberaient leurs pitoyables productions, tristes monumens de la renaissance des lettres; peut-être aussi voulaient-ils se consoler de ne pouvoir parvenir à la postérité, en fixant sur eux l'attention de leur siècle par tous les moyens possibles et même par les plus indignes d'un écrivain; mais qu'un médecin s'abaisse aujourd'hui jusqu'à employer le ton qui règne dans chaque páge des *Observations cliniques*, voilà ce qu'on ne saurait expliquer. S'il est difficile de faire admettre la vérité, on doit se contenter de l'exposer aux yeux des hommes, parmi lesquels il s'en trouve toujours qui savent l'adopter et assurer son triomphe par leur exemple salutaire.

Toutes ces considérations peuvent s'appliquer, avec plus de justice encore, à une brochure qui n'a de médical que le titre [1]. Nous nous sommes fait une loi de ne jamais parler des auteurs; mais ici il nous est impossible de ne pas nous écarter de cette méthode, que nous croyons la seule bonne à suivre dans la critique médicale. En effet, que dire de la *Suite des Controverses*, si l'on ne parle de l'auteur, puisqu'il ne parle que de lui? Fier de son âge et de sa longue expérience, et n'ayant plus rien à dire apparemment en faveur des métastases laiteuses, il voudrait, par des invectives, forcer la croyance des médecins qu'il appelle *péritonistes*. Le *compelle intrare* lui conviendrait mieux pour devise que celle de l'éloquent auteur d'Émile. M. de Montègre est un de ceux contre lesquels il se déchaîne avec le moins de ménagement. Nous en savons la raison, car lui-même a pris la peine de nous en in-

---

[1] *Suite des Controverses médicales*, par R. G. Gastellier. Paris, 1818, in-8. de 56 pages.

struire ; c'est parce que M. de Montègre a dit que le *Traité des maladies des femmes en couche* contient une *excellente description de la péritonite*, dont l'auteur nie l'existence, au moins en tant que primitive. Rien de plus véhément que le style de M. Gastellier. Il est fâcheux qu'une semblable méthode de discussion se soit introduite dans la littérature médicale : faisons, avec l'auteur, des vœux pour que l'*on bannisse à jamais ces déclamations, qu'on ne peut pardonner qu'à la faiblesse ; elles finissent toujours par dégrader la médecine et jeter de la défaveur sur les médecins.* Nous ne doutons pas que M. Gastellier, qui donne un si beau précepte, ne finisse par le suivre lui-même.

Au lieu d'épithètes proscrites par l'urbanité et le bon ton, on ne trouve que les formules doucereuses de la flatterie la plus complaisante dans le traité de A. P. Demours [1]. Cet ouvrage ne remplira pas la lacune qui, selon l'auteur, existe dans la médecine, relativement aux maladies de l'appareil de la vision. Chacun y remarquera, toutefois, non-seulement la description de l'œil, traduite du latin d'après Sœmmerring, mais encore les planches, qui sont d'une exactitude admirable et d'une exécution supérieure peut-être à celle des figures de la *Nosologie naturelle*. Mais le livre de M. Demours n'a pas le mérite des ouvrages de M. Alibert ; on n'y trouve pas ces tableaux *pittoresques* des maladies, tracés par une plume aussi éloquente que facile, et dans un style qui n'a d'autre défaut que celui d'être trop fleuri. Le plus souvent M. Demours répète ce que tout le monde a dit, et même il cite textuellement, de manière que son traité n'est réellement qu'un extrait des divers écrits publiés jusqu'à ce jour sur les maladies des yeux. Ce qui lui appartient en propre, ce sont les réponses faites par lui ou par son père à un très-grand

---

[1] *Traité des maladies des yeux.* Paris, 1818. 3 vol. in-8. de 551, 518 et 517 pages; et 1 vol. in-4. de 126 pages, avec 65 planches coloriées.

nombre de mémoires à consulter qui leur furent envoyés pendant quarante ans. Ces réponses et ces mémoires, qui n'apprennent absolument rien, et que personne ne lira, remplissent les deux derniers volumes et une partie du premier, en sorte qu'il ne reste qu'un très-petit espace pour l'exposition des causes, des signes et du traitement des maladies des yeux.

M. Demours, qui ne veut pas décider entre Genève et Rome, c'est-à-dire entre les humoristes et les solidistes, attribue la sécrétion des larmes, ou plutôt leur sortie, à la pression exercée sur la glande ; nouvelle preuve que M. Richerand a bien fait de nous donner son édition des œuvres de Bordeu. Cependant M. Demours *soupçonne* que les points lacrymaux sont susceptibles d'entrer dans un état d'érection vitale, puisqu'il se hâte d'ajouter : « Il y a lieu de croire que la principale cause qui fait passer la matière des larmes dans les petits canaux lacrymaux, est la même que celle qui fait monter les liqueurs dans les tuyaux capillaires. »

Si M. Demours a consacré aux maladies des yeux quatre gros volumes, dont on pourrait facilement rassembler la substance dans quelques pages, M. Guillié a écrit une mince brochure sur la cataracte et la goutte-sereine [1]. Le titre semble annoncer du *nouveau ;* mais il trompe comme tant d'autres, qui font le seul mérite de certains livres. En revanche, on lit dans l'avertissement ce paragraphe très-remarquable : « Quant à la classification, je ne me suis point asservi aux méthodes employées jusqu'à ce jour, parce qu'elles m'ont paru vicieuses, sans logique, et propres à donner de fausses idées sur la nature et le véritable siége des maladies, qui ne doivent point être décrites dans l'ordre anatomique, mais selon la coïncidence et les rapports organiques des par-

---

[1] *Nouvelles recherches sur la cataracte et la goutte-sereine.* Paris, 1818. In-8. de 142 pages.

ties lésées. » Sans nous arrêter à démontrer la singulière contradiction que contient le dernier membre de cette sortie critique, examinons de suite la classification de M. Guillié : nous n'aurons pas de peine à prouver qu'elle est plus vicieuse et plus dénuée de logique que celles qu'il blâme avec tant d'amertume. Il divise les maladies des yeux en dix genres : 1°. *inflammations*, parmi lesquelles il range l'*orgeolet* et la *gravelle*; 2°. *unions vicieuses*, auxquelles il rallie la tumeur lacrymale ; 3°. *plaies*, parmi lesquelles il comprend les ulcères ; 4°. *tumeurs* : ici reparaît encore la *gravelle*, avec son synonyme *lithiase* ; mais on cherche en vain l'*orgeolet*, le *chémosis* et le *staphylome*, qui sont certainement aussi des tumeurs ; 5°. *déplacemens*, *vices* : ce genre contient deux sous-genres : A. le *cancer*, qui peut occuper la glande lacrymale ou le globe de l'œil ; B. la *rétrocession des vices arthritique*, *dartreux*, etc. ; 6°. *altérations*, A. du tissu : ici nous trouvons le *ptérygion* et le *staphylome* ; B. des *humeurs*. Qui a pu déterminer M. Guillié à ne pas placer le cancer parmi les altérations des tissus ? En disant que c'est un vice, donne-t-on une idée plus claire de sa nature et de son véritable siége ? Au moins fallait-il dire que c'est un vice de nutrition ; 7°. *lésions de la sensibilité* ; 8°. *lésions des fonctions*. Eh quoi ! la *sensibilité* n'est-elle pas une fonction ? Si la *nyctalopie* est une *lésion de la sensibilité*, pourquoi faire un genre à part des lésions des fonctions, parmi lesquelles on ne range que la *myopie*, la *presbytie* et l'*occlusion de la pupille* ? 9°. *lésions musculaires* : ce dernier genre seul est à l'abri de toute objection. Qui pourrait préférer une classification aussi bizarre, pour ne pas dire plus, à celle de M. Richerand ?

Nous ignorons si ceux qui se livrent à l'étude spéciale des maladies des yeux sauront quelque gré à l'auteur de ses recherches, et *seront bien aises de savoir à quelle époque ces maladies furent connues*, *quels moyens on employait pour*

les guérir, et quels furent les opinions et les systèmes des premiers médecins qui s'en occupaient; mais ils seront trompés s'ils s'attendent à trouver tous ces documens dans le chapitre sur l'état de la médecine oculaire chez les anciens, placé en tête du livre. La plupart des noms sont horriblement défigurés : on trouve Archagat*h*us, Héroph*y*le, Larr*a*y, Mer*r*y, Hartsocker, etc., *Avenzar* pour Avenzoar. On lit que Galien, *chirurgien* à Pergame, exerça son art à Rome, de sorte que le seul homme dont la célébrité ait balancé celle d'Hippocrate, est rayé de la liste des médecins, dont ses ouvrages furent pendant si long-temps le bréviaire.

L'auteur expose ensuite les diverses opinions sur la nature de la cataracte, puis il traite de cette maladie en général, et affirme qu'on n'a encore rien écrit de positif sur les symptômes qui l'annoncent, sans ajouter cependant une seule idée à ce qu'ont dit ceux qui se sont occupés des affections des yeux. La seule partie intéressante du livre est celle dans laquelle l'auteur s'occupe de la cataracte noire, dont il soutient l'existence, et qui, si on doit réellement l'admettre, mérite en effet la plus grande attention, puisqu'elle se distingue très-difficilement de l'amaurose. Viennent enfin des considérations sur cette dernière maladie, avec quelques observations qui n'apprennent rien qu'on ne trouve dans l'excellent *Traité de chirurgie* de M. Boyer et dans beaucoup d'autres écrits. Le catalogue de livres qui termine l'opuscule, aurait été utile si l'auteur avait jugé à propos d'annexer à chaque ouvrage cité un jugement précis sur le mérite de son contenu.

Nous l'avons dit, et nous ne croyons pas inutile de le répéter, l'anatomie pathologique peut seule donner des notions exactes sur la nature des maladies, dont l'histoire n'est pas encore complète quand on a énuméré les causes, décrit les symptômes, et apprécié l'influence du traitement. Mais si l'application de l'anatomie pathologique à l'étude des mala-

dies présente de grands avantages, il est incontestable que, pour savoir distinguer l'état morbide des viscères d'avec les altérations dues aux changemens qui s'opèrent dans le cadavre par l'influence des lois de la physique et de la chimie, on doit connaître l'état de ces mêmes viscères dans l'état de santé.

Les dissections peuvent seules enseigner l'anatomie; mais, pour disséquer avec fruit, il faut un guide exercé ou un livre qui en tienne lieu. On doit donc savoir quelque gré à M. Maygrier, qui, le premier depuis le rétablissement des écoles de médecine, publia un Manuel destiné aux élèves [1]. Cet ouvrage, dont la quatrième édition vient de paraître, a été loué avec excès et critiqué avec véhémence. Il ne méritait ni l'éloge ni le blâme : c'est un livre mal fait, qui a été très-utile parce qu'il était seul dans son genre, mais qui est mal écrit, et rempli d'idées triviales. L'auteur, aveuglé par un succès de circonstances, n'a profité d'aucune des observations que les esprits sages lui ont adressées. Qui lirait le passage suivant sans dégoût : « Si jamais l'on était tenté de donner à quelqu'un le nom de *dégraisseur de muscles*, c'est bien à celui qui dissèque le grand fessier.... » ? Où parle-t-on un semblable langage? Mais c'est là un des moindres défauts du *Manuel*; car il renferme plusieurs erreurs qu'on ne peut trop s'étonner de trouver dans l'ouvrage d'un médecin livré depuis tant d'années à l'enseignement de l'anatomie. La préparation des divers organes est en général assez bien indiquée; mais à quoi bon donner de chacun d'eux une description tronquée et tout à fait insuffisante? Ces descriptions incomplètes ne dispensent pas de recourir aux traités des Boyer et des Bichat; elles sont donc parfaitement inutiles, et nuisent même, en ce qu'elles détournent les élèves de consulter les écrits des grands maîtres.

---

[1] *Manuel de l'anatomiste*. Paris, 1818. In-8. de 564 pages.

Enfin, puisque l'auteur a cru devoir donner, non-seulement un aperçu de la forme et des rapports des organes, mais encore des considérations sur les tissus divers qui les composent, c'était dans l'*Anatomie générale* de Bichat qu'il devait puiser ces données, et non pas dans les traités d'anatomie descriptive publiés avant ce livre immortel.

Nous n'ignorons point quels heureux effets l'introduction de l'anatomie dans les études médicales a produits; mais nous n'en pensons pas moins que l'étude minutieuse des formes et des rapports est peu utile au médecin, qui trouvera rassemblés dans Bichat tous les documens anatomiques dont il lui importe d'avoir connaissance. La chirurgie, au contraire, exige les détails les plus circonstanciés, de la connaissance exacte desquels dépend presque toujours le succès des opérations.

On doit donc blâmer M. Lawrence [1] d'avoir glissé trop rapidement sur la description des parties à travers lesquelles s'échappent les viscères dans les hernies abdominales. Ses traducteurs ont pensé que la littérature médicale française avait besoin d'un traité complet des hernies, dans lequel se trouvassent rassemblés les observations anatomiques et les préceptes de chirurgie épars dans les écrits de Richter, Hesselbach, Sœmmerring, Scarpa, etc. MM. Béclard et Cloquet, qui connaissent si bien nos richesses scientifiques sur ce sujet important, eussent mieux fait de nous donner un ouvrage dans lequel ils auraient profité de tout ce qu'on a écrit en France ou chez nos voisins. Si l'ouvrage de M. Lawrence est jugé parfait par les Anglais, étrangers aux recherches que nous avons faites depuis quelques années sur les hernies, il ne nous

---

[1] *Traité des hernies, contenant la description anatomique et l'exposition des symptômes, de la marche et du traitement de ces maladies;* par Guillaume Lawrence; traduit de l'anglais par P. A. Béclard et J. G. Cloquet. *Paris,* 1818. In-8. de 576 pages.

apprend rien, et plusieurs découvertes de nos compatriotes n'y sont pas consignées.

Deux parties principales se font remarquer dans ce livre; la première contient les généralités sur les hernies abdominales. Si d'anciennes erreurs y sont combattues, personne n'ignore qu'elles étaient abandonnées en France depuis longtemps, et la réfutation en est donc désormais sans aucun intérêt pour nous. Ici se range, par exemple, ce qui a rapport aux motifs qui doivent faire préférer le bandage élastique aux divers procédés proposés par le charlatanisme, dans la vue d'opérer une guérison *radicale* de ces maladies, dont l'anatomie *morbide* est d'ailleurs présentée d'une manière bien inférieure à celle de l'illustre Scarpa.

Dans la seconde partie, l'auteur trace l'histoire de chaque espèce de hernie en particulier. Les hernies inguinales fixent d'abord son attention. La description qu'il donne des parties à travers lesquelles les viscères se déplacent, est vague, diffuse et peu exacte; nous citerons en preuve le passage suivant: « L'aponévrose du muscle oblique interne est séparée, dans sa plus grande partie, en deux couches, dont l'antérieure, plus épaisse, est jointe au tendon de l'oblique externe, et la postérieure, plus mince, est attachée à celui du transverse; mais la portion inférieure de ce tendon, avec la partie correspondante du transverse, passe entièrement au-devant du muscle droit. Le bord inférieur de ces deux muscles (l'oblique interne et le transverse), qui vient de la moitié environ du ligament de Poupart, se trouve derrière ou dans la colonne externe de l'anneau abdominal, et est fixé au pubis derrière l'anneau [1]. » Qu'entend-on par les tendons des muscles oblique interne et transverse? Le premier devoir d'un traducteur n'est-il

---

[1] Page 165.

pas de se servir des expressions adoptées dans la langue du peuple auquel il veut faire connaître l'ouvrage qu'il traduit? Mais il est bien plus fâcheux que M. Jules Cloquet ait cru devoir oublier [1] de rappeler la bonne description qu'il nous a donnée de ces mêmes parties dans sa Dissertation inaugurale [2]. A-t-il voulu, en laissant une telle lacune, rehausser le mérite de son propre travail?

Les détails dans lesquels M. Lawrence est entré relativement aux procédés opératoires par le moyen desquels le chirurgien, faisant cesser l'étranglement des parties déplacées, met un terme aux douleurs du malade, et le soustrait aux dangers qui le menacent; ces détails, disons-nous, sont conformes aux préceptes d'une pratique sage et éclairée; cependant, nous le répétons, ils ne contiennent rien qui ne fût déjà connu en France.

Les mêmes observations sont applicables en entier aux articles dans lesquels M. Lawrence traite des hernies fémorale, ombilicale, ventrale, périnéale, etc. L'état de la science est à peu près exposé partout; mais rarement trouve-t-on quelqu'une de ces idées neuves qui annoncent un chirurgien du premier ordre. Quant au style des traducteurs, il est uniformément incorrect, et l'on peut s'en convaincre sans peine en ouvrant le volume au hasard.

Sans publier des traités volumineux, qui ne sont souvent que de plates compilations, on peut être utile à la science en rappelant quelques idées qui commencent à tomber dans l'oubli, ou qui ne fixent pas assez l'attention. C'est ainsi que M. Gondret vient de nous remettre sous les yeux les avantages qu'on peut attendre de l'emploi du feu dans le traitement de diverses maladies, réputées incurables parce qu'elles résistent à

---

[1] Préface, page 9.

[2] *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen.* In-4. Paris, 1815.

tous les moyens peu actifs qu'on leur oppose [1]. Son opuscule renferme deux parties très-distinctes. Dans la première on trouve un Rapport d'une commission de l'Académie des Sciences. Il est assez adroit d'avoir placé ce Rapport avant le Mémoire, auquel il forme une sorte de préface qu'on doit lire avec l'attention due aux moindres productions d'un académicien célèbre, qui pourrait être appelé le moderne Albucasis, s'il n'avait surpassé de beaucoup le médecin arabe. Ce rapport présente des traces non équivoques de la prédilection que M. Percy a toujours eue pour le cautère actuel, prédilection fondée sur la plus saine expérience, qui rendrait inexplicable l'indifférence des médecins pour les propriétés médicales du feu, si l'on ne savait que beaucoup d'entre eux, entraînés par une condescendance coupable, proportionnent l'activité du traitement à la faiblesse des malades.

Le Mémoire de M. Gondret, qu'on peut se dispenser de parcourir quand on a lu le Rapport, rappelle tous les faits qui militent en faveur de l'adustion en général, et de celle du sommet de la tête en particulier. L'auteur rapporte plusieurs observations d'épilepsie, de manie, d'hémiplégie, de cécité, d'amaurose compliquée de strabisme et d'aménorrhée, de dartres vives avec leucorrhée et épilepsie, enfin de névralgie fémoro-tibiale. Si toutes ces affections, attaquées par le cautère actuel ou par la *mixture*, qu'il conseille d'employer, soit pour rubéfier, soit pour produire une vésication ou une escarre, n'ont pas également cédé, l'amélioration qui en est toujours résultée doit encourager à recourir aux mêmes moyens dans des cas analogues. Cependant ces mêmes observations prouvent qu'on aurait tort de trop compter sur l'efficacité de l'adustion, puisque

---

[1] *Considérations sur l'emploi du feu en médecine, suivies de l'exposé d'un moyen propre à remplacer l'usage des cantharides ; avec le Rapport de MM. Portal, Percy et Thénard;* par L.-F. Gondret. Paris, 1818. In-8. de 60 pages.

sur sept malades, *deux* seulement ont été complétement guéris. Le médecin véridique doit avouer avec candeur et ses succès et les cas où l'issue du traitement trompe son attente. Nous avons eu de fréquentes occasions d'employer le feu; souvent il a réussi, souvent aussi il a échoué. Il en est donc de ce remède comme des plus héroïques, qui manquent quelquefois leur effet.

Tout homme qui se livre à l'étude des effets d'un moyen thérapeutique quelconque, est disposé à s'en exagérer les avantages. On en trouve un nouvel exemple dans une brochure que M. Magendie vient de publier sur la gravelle [1]. Ce physiologiste, avantageusement connu par plusieurs expériences qu'il a faites dans le dessein de compléter l'histoire des fonctions du corps humain, semble depuis quelque temps s'occuper davantage de la pathologie. Nous ne le blâmerons pas d'avoir rappelé la théorie chimique de la formation des calculs et des graviers, parce qu'en effet c'est surtout dans les recherches sur les altérations de l'urine que l'on doit s'aider des lumières de la chimie, pourvu toutefois qu'on n'oublie pas que les organes sont soumis à une force qui les soustrait, jusqu'à un certain point, à l'empire des affinités et des attractions. Nous ne pensons pas que M. Magendie méconnaisse cette grande vérité; nous croyons même qu'il ne considère les explications chimiques que comme des aperçus ingénieux qui exercent l'imagination et délassent l'esprit fatigué par des recherches plus profondes. Aussi, parmi les préceptes qu'il donne pour le traitement de la gravelle, plusieurs sont conformes à tout ce que les bons auteurs ont dit à ce sujet. Une seule crainte nous agite : s'il est vrai que les substances non azotées soient impropres à la nutrition, ainsi que M. Magendie dit l'avoir prouvé par ses expé-

---

[1] *Recherches sur la nature et le traitement de la gravelle*; par F. Magendie. Paris, 1818. In-8. de 91 pages.

riences sur des chiens, que deviendront les malades auxquels il conseille de retrancher tout aliment ou boisson dans la composition desquels entre l'azote?

Si la chimie répand peu de lumières sur la nature et le traitement de la plupart des maladies, elle a du moins contribué puissamment à faire bannir de la matière médicale une foule de substances inertes qui l'encombraient. Dans beaucoup de cas aussi, où le pouvoir judiciaire demande des éclaircissemens au médecin, celui-ci ne peut répondre avec justesse s'il ignore la chimie. La *Toxicologie générale*, et les *Elémens de Chimie médicale* [1] de M. P. Orfila, ont valu à leur auteur une grande réputation. Le premier surtout de ces importans traités a le grand mérite de remplacer complétement tout ce qui a été écrit sur les empoisonnemens. Mais il ne saurait être mis entre les mains de tout le monde : aussi M. Orfila a-t-il jugé convenable d'en extraire ce qu'il est utile de savoir, pour administrer, dans les cas d'asphyxie et d'empoisonnement, les premiers secours, si efficaces lorsqu'ils sont donnés à temps [2]. Trop souvent, en effet, l'homme de l'art n'arrive que pour être témoin impuissant des ravages du poison. Cependant ne doit-on pas craindre que le Manuel de M. Orfila ne soit ou trop savant ou trop peu instructif? Malgré le soin que l'auteur a pris de bannir tous les termes techniques, ceux qui voudront mettre à profit les avis renfermés dans son livre, seront assez embarrassés, parce qu'il a

---

[1] Ces *Elémens* ne renferment de *médical*, qu'une indication insuffisante des cas où les divers produits chimiques peuvent être administrés et des doses auxquelles il convient de les prescrire. Ce n'est donc pas sous ce rapport, mais parce qu'ils contiennent tout ce qu'il importe de savoir en chimie, qu'on doit conseiller aux médecins de les placer dans leur bibliothèque.

[2] *Secours à donner aux personnes empoisonnées ou asphyxiées; suivis des moyens propres à reconnaître les poisons et les vins frelatés, et à distinguer la mort réelle de la mort apparente*; in-12. Paris, 1818. 238 pages.

négligé de tracer un résumé général destiné à faire connaître la marche qu'on doit suivre dans tous les cas d'empoisonnement où la nature du poison est inconnue. D'ailleurs, quoique M. Orfila ait indiqué les procédés les plus faciles pour l'examen des substances, il est certain que ces procédés sont impraticables pour tous ceux qui ne connaissent pas la chimie, et parfaitement inutiles pour celui qui est au courant des manipulations spagyriques.

S'il est peu de *maires*, de *curés*, de *chefs d'établissemens*, de *pères de famille*, et surtout d'*habitans des campagnes*, qui, guidés par le livre de M. Orfila, puissent précipiter la potasse avec le muriate de platine, et les sels de cuivre par le prussiate de potasse, est-il vrai que ce Traité ait été *mis à la portée de tout le monde?* Il y a plus, ne peut-on pas dire que toutes ces indications ne seront même d'aucune utilité pour le médecin et l'officier de santé, qui ne sont point familiarisés avec la préparation des substances que la chimie fournit à la thérapeutique et aux arts? Le Manuel de M. Orfila est donc à la fois et trop et pas assez savant, dans tout ce qui a rapport aux empoisonnemens. Le même jugement peut s'appliquer à ce qui traite des vins frelatés; mais la partie consacrée aux asphyxies, aux brûlures, etc., est tout à fait digne d'éloges.

Nous ignorons ce qui a pu déterminer l'auteur à parler de la pustule maligne, de la morsure des animaux enragés, et des brulûres profondes, dont probablement il ne pense pas qu'on doive abandonner le traitement aux malades ou à ceux qui les entourent. Nous ignorons aussi pourquoi il a cru devoir traiter de l'*upas tieuté*, de l'*upas antiar* [1], du *ticunas*

---

[1] D'où vient cette habitude, si répandue chez nous, de défigurer les noms étrangers? A Java, le poison dont il s'agit s'appelle *upas* (*ipo*), et on le prépare avec le suc de deux arbres, nommés l'un *antschar*, et l'autre *tschittik*. C'est de ces deux mots qu'on a fait, par corruption, *upas antiar* et *upas tieuté*.

et du *mancenilier ;* du *cobra de capello*, du *katuka rekula poda*, du *rodroo pam*, du *gedi paragoodoo*, et des *serpens à sonnettes,* que la nature a bien voulu ne pas faire naître dans nos pays. On nous objectera que le Manuel de M. Orfila ne peut, par son utilité, manquer de passer les mers ; mais alors, pourquoi n'y est-il pas parlé de tous les poisons, non plus que de la piqûre des mosquites et maringouins, qui sont l'un des plus grands fléaux des contrées équatoriales? D'ailleurs, puisque son livre a été publié en Europe, pourquoi y cherche-t-on en vain quelques renseignemens propres à faire distinguer les champignons vénéneux de ceux qui ne le sont pas? Pourquoi n'y trouve-t-on presque rien sur les soins que réclament les piqûres de certains insectes, entr'autres les guêpes et frélons, qui donnent quelquefois lieu, comme M. Orfila ne l'ignore sans doute pas, à des accidens fâcheux, à la mort même. Espérons qu'une seconde édition fera disparaître ces lacunes, et que l'auteur ajoutera une instruction sur la vaccine, pour la propagation de laquelle tout médecin philanthrope ne doit rien négliger, jusqu'à ce que le gouvernement, à l'instar de ceux de quelques états germaniques, use enfin de son autorité pour faire adopter généralement une institution aussi utile à l'humanité ; car on ne saurait taxer d'arbitraire une mesure qui contraindrait quelques individus à faire le sacrifice de leur obstination ou de leur ignorance au salut général et particulier. On ne verrait pas journellement alors placardées aux coins des rues ces affiches, qui, comme toutes les demi-mesures, ne font que troubler la sécurité publique, sans couper la racine du mal, bien qu'elles en atténuent les effets.

Les sciences accessoires ont tant d'attrait pour ceux qui les cultivent, qu'elles les portent quelquefois à s'en exagérer l'utilité. Tel a été sans doute le cas d'un jeune élève qui vient de chercher à introduire dans la physiologie du corps humain

la précision des sciences physiques. Pour lui l'animal vivant est une machine infiniment compliquée, et tous les phénomènes de la vie ne sont que les résultats des mouvemens physique ou chimique, et des proportions relatives des principes élémentaires qui composent cette admirable mécanique [1]. Les travaux de M. Berthollet semblent prouver que la cohésion moléculaire et l'attraction planétaire, ainsi que l'affinité chimique, ne sont qu'une même force agissant à diverses distances, dont quelques-unes, inaccessibles à nos yeux, nous paraissent ne pas exister, ce qui fait dire que telle substance n'agit sur telle autre que quand il y a contact mutuel. Il résulterait de là, si l'on admettait la théorie chimico-physique de Lorot, que le principe de la vie n'est autre chose que la force universelle qui préside à toutes les modifications de la matière. On arriverait peut-être ainsi au système de Schelling, qui, voulant ramener le monde physique et le monde moral à un seul principe, a dû sortir du domaine des sens dont, avec raison, les Français paraissent déterminés à ne pas s'écarter, quelque spécieux que puissent paraître les argumens subtiles de leurs voisins, dont M. Jourdan nous a fait connaître le langage et les idées.

Le fils d'un célèbre professeur de l'école de Paris, du digne successeur de Desault à l'Hôtel-Dieu, a déjà tenté de rajeunir la théorie de Boerhaave, en la modifiant d'après les principes de la physique moderne [2]. Ses efforts ont avorté complétement. La marche suivie par Lorot est plus hardie et plus savante; si bien des années, et peut-être même des siècles passeront avant qu'on ait rassemblé assez de faits pour prouver la justesse de ses vues, on doit avouer qu'il les a présentées avec beau-

---

[1] *De la Vie*; par Ph. Lorot; in-8. Paris, 1818. 231 pages.

[2] *Dissertation inaugurale sur l'étude de la physiologie*; par Pelletan.

coup d'habileté, quoique souvent il ait pris une analogie éloignée pour une démonstration rigoureuse.

Laissons-le parler un instant, et l'on verra jusqu'à quel point la théorie universellement adoptée des propriétés vitales lui paraît destituée de fondement : « Les Grecs, dit-il, peu savans en physique, avaient donné des foudres à Jupiter pour expliquer le tonnerre, et créé l'écharpe d'Iris pour expliquer l'arc-en-ciel ; Neptune soulevait les eaux, et Borée enflait les voiles. La rotation de la terre, alors ignorée, l'effet du soleil sur la dilatation de l'air, inconnu aussi, avaient été personnifiés sous ces noms divers. Les physiologistes ont aussi personnifié leur ignorance : le principe vital, la sensibilité, la contractilité, et surtout les sympathies, tels sont les personnages qui composent leur Olympe. Chacun leur a donné des attributs à son gré....., tous différens suivant les auteurs ; il n'en est aucun qui définisse comme les autres ces déités imaginaires.... Comment, en effet, s'accorder sur ce qui est le produit de l'imagination? » Cette dernière pensée nous paraît dénuée de justesse ; car, que la sensibilité soit une propriété vitale, une fonction, ou tout ce que l'on voudra, il n'en est pas moins vrai qu'elle existe. On lit Lorot avec plus de plaisir, quand il dit : « Ne supposons rien, ne voyons rien au-delà de ce que nous offrent les sens ; nos sens ne perçoivent que ce qui est matière et palpable ; les propriétés vitales ne le sont pas. Il ne doit donc pas être pour nous de propriétés vitales, ou au moins elles ne sont que la conséquence des états divers que peut revêtir la matière. » Voilà le langage de la raison ; nul physiologiste ne l'avait encore fait entendre avec autant de force et de simplicité. Néanmoins, si l'auteur qui pense avec énergie est, jusqu'à un certain point, dispensé d'écrire avec élégance, il doit du moins toujours écrire avec cette pureté que l'on chercherait en vain dans le livre de Lorot. Quoiqu'il nous serait très-facile de signaler plusieurs contradictions dans cet ouvrage, nous n'in-

sisterons pas davantage sur un essai remarquable seulement par quelques étincelles éparses d'un talent que la mort a empêché de se perfectionner [1].

Maintenant il nous reste à examiner, en peu de mots, jusqu'à quel point les sciences médicales se sont enrichies par la publication des ouvrages dont nous avons donné une analyse rapide. L'anatomie, portée depuis long-temps à un haut degré de perfection, n'a rien gagné; mais la physiologie paraît sur le point de subir une révolution qui lui fera changer entièrement d'aspect. On la voit, d'une part envahie par les sciences physiques, et de l'autre ramenée à des principes qui l'en isolent complétement : elle ne peut que gagner à cette séparation. Si le Traité de M. Lawrence prouve que nous ne sommes pas réduits à aller chercher des notions chirurgicales en Angleterre; il est cependant à regretter que nos chirurgiens n'aient rien publié, à une époque où chaque jour ils signalent leur habileté par des succès brillans et inespérés. Devons-nous applaudir à la fécondité dont les médecins ont fait preuve? Quelques-uns se sont efforcés de rappeler des théories plongées depuis long-temps dans l'oubli le plus complet, ou de mettre en vogue des opinions bizarres que rien ne justifie. D'autres, au contraire, se sont livrés à des recherches qui ont pour but de rendre plus efficace le traitement de maladies trop souvent au-dessus des ressources de l'art. Enfin la doctrine médicale, qui s'élève à côté de celle de l'école de Paris, a été audacieusement attaquée; doit-on dire avec succès? C'est ce que nous examinerons plus tard.

Dans la *Revue* du second semestre, nous reviendrons sur plusieurs ouvrages que diverses circonstances nous ont empê-

---

[1] Ph. Lorot, né le 5 décembre 1793, est mort le 15 janvier 1818, au moment où il allait soutenir sa thèse.

ché de comprendre dans celle-ci, et nous compléterons, de cette manière, le tableau des productions médicales publiées en France pendant le courant de l'année 1818.

R.

Commentatio de pathologiâ lienis, observationibus per anatomen institutis indagatâ, ad illustrandam physiologiam ænigmaticam hujus visceris; auctore Christophoro-Hellwigio Schmid; *in*-4°. *Gottingæ*, 1816.

Nous ignorons complétement les usages de plusieurs de nos organes, au nombre desquels se trouve la rate. Malgré les nombreuses recherches dont elle a été le sujet jusqu'à ce jour, ses fonctions demeurent encore cachées dans l'ombre du mystère, et l'on n'a pu qu'établir des conjectures, très-nombreuses à la vérité, sur la destination qu'elle remplit dans l'économie animale. La Dissertation du docteur Schmid mérite d'être distinguée parmi les nombreux ouvrages publiés sur cet objet intéressant. Elle a été couronnée, en 1816, par la Faculté de médecine de l'Université de Gottingue, et on la lit encore avec intérêt, quoique, depuis l'époque où elle a été publiée, divers auteurs, entr'autres C. F. Heusinger, F. Gellhaus, et G. M. de Felici, aient traité le même sujet. En effet, elle a le double mérite de donner l'ensemble de tout ce qu'on a dit de plus intéressant sur la rate, et d'offrir les résultats de quelques expériences et observations particulières à l'auteur.

Le docteur Schmid débute par décrire l'état anatomique de la rate, dans les diverses classes d'animaux qui en sont pourvus, et probablement son livre a fourni tout ce qu'on trouve à cet égard dans la compilation informe du docteur Heusinger. Cette partie est cependant la plus faible, et bien au-dessous du travail du professeur Felici, qui, de concert avec M. Panizza, également professeur à l'Université de Pavie, a démontré sans

replique l'analogie de structure qui existe entre le tissu de la rate et celui des corps caverneux de l'urètre et du clitoris. L'auteur passe ensuite à l'examen des affections pathologiques de l'organe; il traite successivement de l'inflammation aiguë et chronique, des épanchemens, des adhérences avec les parties voisines, du squirre, des tubercules, des abcès, de la phthisie, du ramollissement, de la gangrène, de l'induration cartilagineuse, osseuse ou pierreuse, de l'hydropisie, de l'absence totale, de la dégénérescence hydatidique, et enfin de l'extirpation.

Cette dernière opération a été pratiquée deux fois par lui, et il croit pouvoir déduire les corollaires suivans des expériences qu'il a tentées à cet égard :

1°. La voracité, chez les animaux privés de la rate, dépend de la disposition que le canal intestinal acquiert à expulser les alimens avant leur digestion complète, la diminution de l'afflux du sang vers l'estomac rendant ce viscère moins énergique.

2°. Les vaisseaux courts concourent puissamment à nourrir et fortifier l'estomac.

3°. Dans les cadavres de chiens morts privés de rate, on trouve très-peu de sang, et toutes les humeurs tendent à la putréfaction.

Le docteur Schmid conclut que la rate est un organe d'une grande importance dans l'économie animale, qu'elle préside à la préparation et à l'assimilation des élémens constituans de la masse du sang, et qu'elle a, relativement au foie, la même utilité que le poumon par rapport au cœur.

Cette conclusion rentre, à peu de chose près, dans l'hypothèse de Haller, admise par MM. Blumenbach, Sœmmerring, Cuvier, Dumas et Richerand. C'est donc moins sous le rapport de la physiologie que sous celui de la pathologie qu'on doit considérer la Dissertation du docteur Schmid comme un

ouvrage dont la lecture ne peut manquer de procurer une instruction solide.

Arthrokakologie, oder Ueber die Verrenkungen durch innere Bedingungen, und Ueber die Heilkraft, Wirkungs-und Anwendungsart des Glueheisens bei diesen Krankheitsformen; c'est-à-dire, *Arthrocacologie, ou Traité sur les luxations dépendantes de causes internes, ainsi que sur l'efficacité, la manière d'agir et le mode d'application du cautère actuel dans ces maladies; par* Jean-Népomucène Rust. *Vienne*, 1817. *In*-4°. *de* 195 *pages, avec huit planches.*

Les maladies des os, celles au moins qui ne dépendent pas immédiatement d'une cause externe, sont la partie la moins avancée encore de la chirurgie. L'histoire des luxations spontanées ou consécutives réclame surtout des recherches nouvelles, tant pour éclaircir l'étiologie de ces redoutables affections, que pour déterminer enfin le degré de confiance qu'on doit accorder à chacun des nombreux moyens proposés pour les combattre; sujet d'autant plus digne d'attention, que la maladie dont il s'agit est une des plus communes, s'il faut en croire les calculs de Camper, de Van der Haar, de Berkhey et du savant Albers. Il est vrai que la luxation spontanée de la cuisse a fortement attiré l'attention; long-temps même on a cru que la maladie ne se développait qu'à l'articulation coxo-fémorale, malgré qu'Hippocrate, Galien et Sévérino l'eussent observée dans d'autres articles. Mais quoique nous possédions sur elle un assez grand nombre de monographies estimées, parmi lesquelles on distingue celles de Dehaën, de Petit, de Van der Haar, de Ford, de Dyl, de Munck de Rosenkœld,

de Frank, de Ficker et d'Albers, les opinions sur l'essence et la thérapeutique de l'affection en général sont si peu d'accord, qu'il était indispensable de soumettre ce sujet à une nouvelle révision, afin de séparer la vérité de l'erreur, et l'utile de ce qui ne l'est point. Tel est le but du livre dont le docteur Rust vient d'enrichir la science. Nous insisterons d'autant plus volontiers sur ce bel ouvrage, qu'il est véritablement classique, et qu'une analyse un peu étendue réparera, jusqu'à un certain point, l'omission de l'article *coxalgie* dans le *Dictionaire des sciences médicales* [1].

Dans une introduction courte mais substantielle, l'auteur commence par fixer l'idée qu'on doit se former d'une luxation en général. Ensuite il examine les principales différences que ce genre de maladie présente à l'égard de la direction des os déplacés, et des causes de la déviation. Par rapport à ces dernières, il fait observer qu'une violence extérieure est la source la plus ordinaire des luxations; que celles-ci peuvent cependant dépendre aussi d'une cause interne produisant une altération morbide dans la forme de l'articulation, mais qu'alors elles sont toujours le résultat d'un autre état pathologique antérieur. Une luxation spontanée consiste donc, suivant le docteur Rüst, en un état anomal des articles, qui se développe d'une manière graduelle, dont le changement plus ou moins complet du rapport des surfaces articulaires est l'effet consécutif, et qui présente des différences dans ses caractères extérieurs, suivant la nature de l'articulation attaquée et le degré du mal.

En traitant de l'étiologie, l'auteur fait remarquer que la cause prochaine de la maladie n'est encore indiquée clairement nulle part, et que les sentimens des écrivains sur l'essence de la coxalgie, la seule des formes de cette affection dont on se

---

[1] Le professeur Boyer a traité de cette maladie, fixée sur l'articulation coxo-fémorale, dans son article *fémur* du *Dictionaire*, t. xv, p. 31.

soit occupé sérieusement, sont tellement contradictoires, qu'on n'en peut rien conclure de certain au sujet de la véritable nature des luxations spontanées. Puis il rapporte successivement les opinions de ses prédécesseurs, en étalant tout le luxe de la plus brillante érudition. Ainsi il fait voir que la cause de la maladie a été attribuée par Schwenke, Gorter, Vermandois, Portal, Callisen, Plenk, Tschep, Monro et Dehaën, à l'inflammation des prétendues glandes synoviales; par Clossius à celle de la capsule articulaire; par Duverney et Albers, à celle des ligamens; par Albers et Boyer, à celle des cartilages articulaires; par Camper, Van Swiéten, Duverney, Freke et Ford, à la congestion, l'épaississement et l'altération de la synovie; enfin par Portal, Van der Haar, Kortum, Hagedorn, Heister, Platner, Dehaën et Richter, à une métastase sur les articulations.

Après avoir discuté et combattu chacune de ces opinions, il exprime la sienne propre. Il cherche à prouver, d'après l'analogie, les observations recueillies au lit des malades, et les résultats des ouvertures de cadavres, que la maladie se manifeste de préférence dans les têtes des os longs, qu'elle débute par une inflammation du périoste interne (*tela-medullaris* de Blumenbach), avec tendance à l'exulcération, et qu'elle finit par dégénérer en une carie profonde et centrale. Celle-ci s'étend ensuite vers la périphérie; dans ses progrès du dedans au dehors, non-seulement elle corrode et détruit les têtes articulaires, mais encore elle altère la texture des parties molles et dures avoisinantes. C'est ainsi qu'elle devient la source de tous les désordres articulaires, qu'on regarde à tort comme l'origine du mal, puisqu'ils en sont seulement les symptômes, et qu'enfin elle détermine, par suite du gonflement de la tête de l'os, l'exarticulation, qui n'est non plus qu'un symptôme inévitable.

Nous sommes obligés de renvoyer à l'ouvrage même pour les

preuves de cette nouvelle théorie. Non content de rapporter les faits qui la démontrent, le docteur Rust en discute encore plusieurs qu'on pourrait objecter contre elle; comme celui de la carie de la cavité cotyloïde, en l'absence d'aucune altération de la tête du fémur. Il soutient que les pièces de ce genre, conservées dans les cabinets, ne prouvent rien, puisqu'on manque toujours de détails précis, ou sur l'ouverture du corps, ou sur l'histoire du malade. Lui-même en possède une qui l'a éclairé sur l'origine de toutes les autres; car la carie de la cavité cotyloïde était la suite d'un abcès par congestion, dû à la destruction de quelques vertèbres lombaires, et elle avait commencé par l'intérieur du bassin. « Au reste, dit-il, on ne saurait disconvenir que, dans la coxalgie, la cavité cotyloïde ne soit quelquefois détruite par la carie; mais cet effet est toujours secondaire : jamais, malgré le grand nombre de mes observations, je n'ai encore vu la maladie commencer par la cavité cotyloïde, et se propager de là à la tête du fémur. »

On ne doit pas être surpris, d'après sa manière d'envisager la nature du mal, que l'auteur blâme les dénominations de *coxalgie*, d'*omalgie*, de *luxation spontanée* ou *consécutive*, etc. Elles sont, en effet, insuffisantes dès qu'elles n'expriment qu'un symptôme plus ou moins tardif de l'affection. Les noms tirés des symptômes peuvent quelquefois être utiles pour le diagnostic; mais ce n'est point ici le cas, puisque les douleurs sont presque toujours ressenties dans l'articulation opposée à celle où le mal réside réellement. Ainsi, par exemple, dans la coxalgie, ce n'est pas à l'aine qu'on éprouve les douleurs les plus vives, mais bien au genou : de même, dans l'omalgie, le coude est plus douloureux que l'épaule. Il faudrait donc appeler l'affection gonalgie ou olécranalgie, ce qui répandrait beaucoup d'obscurité sur le diagnostic, en ce que le nom de la maladie n'aurait aucun rapport avec son siége réel. D'un autre côté, la dénomination de luxation spontanée ne vaut pas

mieux; car ne fixant l'attention que sur un symptôme secondaire et accidentel, elle pourrait faire négliger le mal jusqu'à l'époque de l'exarticulation, temps où il ne reste aucun espoir d'une guérison radicale.

Il importe donc, pour la science, de donner à la maladie un nom qui soit plus en rapport avec son essence, la carie centrale et profonde. Le docteur Rust propose d'adopter celui d'*arthrocace*, que les anciens donnaient déjà à la carie des têtes articulaires, mais sans relation directe avec les luxations spontanées. Le mal s'appellerait alors *coxarthrocace* à l'aine, *omarthrocace* à l'épaule, *gonarthrocace* au genou, *olecranarthrocace* au coude, *podarthrocace* au pied, *chirarthrocace* à la main, *cleidarthrocace* à la clavicule, *spondylarthrocace* aux vertèbres, etc. En adoptant ces noms, il n'y aurait plus d'erreur à craindre, quand on dirait, par exemple, que la coxarthrocace, l'omarthrocace, ont pour symptômes la gonalgie, l'olécranalgie, et que la luxation spontanée finit par être un symptôme de toutes deux.

A l'égard des causes éloignées, l'auteur les examine toutes fort en détail. Dans cette partie de son livre, on ne remarque rien de nouveau; mais tout ce qu'on connaissait déjà est exposé avec clarté et méthode. Les résultats essentiels sont que fort souvent on éprouve beaucoup de difficultés à reconnaître les causes éloignées, qu'à la rigueur on peut bien admettre une légère prédisposition particulière, suivant l'âge, le sexe et le genre de vie; mais que la principale tient à la structure et aux usages des différentes articulations elles-mêmes, et que les plus fréquentes de toutes les causes occasionelles sont les dyscrasies scrofuleuse, arthritique, rhumatismale et syphilitique, les affections de la peau répercutées, les métastases et les violences extérieures.

Le chapitre qui traite du diagnostic est écrit avec un soin particulier et une précision extrême. Le docteur Rust y a réuni tout ce qui pouvait contribuer à démontrer l'exactitude de sa

théorie sur l'essence de la maladie. Il partage le cours de cette dernière en quatre périodes, qu'il assure exister constamment, et offrir toujours les mêmes phénomènes, quels que soient la cause et le siége du mal.

La première période se caractérise par des douleurs, et quelquefois par un simple sentiment de faiblesse, sans qu'on remarque le moindre changement de forme dans l'articulation. Il n'y a encore qu'une inflammation de la membrane médullaire de la tête de l'os. L'auteur aurait pu ajouter que dans les cas mêmes où le malade ne ressent aucune douleur, il lui est impossible de remuer librement le membre affecté, mais que, par un instinct machinal, il en dirige autant que possible tous les mouvemens avec la main, et que si l'on vient à comprimer un peu, soit l'articulation elle-même, soit les parties voisines, il éprouve tout à coup des douleurs violentes et profondes.

Dans la seconde période, la carie centrale se déclare, et la forme de l'article commence à s'altérer d'une manière marquée. La tête, gonflée et ramollie, sort de l'articulation, et le membre devient plus long.

Pendant que la carie fait de plus en plus des progrès, il arrive souvent que la tête étant tout à fait corrodée, la maladie passe tout à coup à sa troisième période, dans laquelle l'extrémité de l'os, abandonnée au jeu des puissances musculaires, se trouve tirée en des directions différentes, et le membre raccourci.

La quatrième période commence quand l'affection s'étend aux parties molles de l'articulation, les désorganise, provoque une suppuration abondante, et allume une fièvre hectique qui, marchant presque toujours avec rapidité, se termine bientôt par la mort.

Outre ces signes généraux, l'arthrocace en offre encore de particuliers, suivant le siége qu'il occupe. L'auteur les indique en parcourant successivement les différentes variétés de l'affection.

Si la maladie est établie à la cuisse (*coxarthrocace*), elle s'annonce, pendant la première période, par une douleur particulière qui disparaît de temps en temps, un sentiment de roideur dans l'aine, une légère claudication, et une faiblesse notable dans la cuisse, que le moindre mouvement fatigue. Le docteur Rust insiste beaucoup sur les caractères de cette période, à raison de l'obscurité qui les enveloppe, et de l'importance dont il est de les bien reconnaître, afin de pouvoir arrêter à temps les progrès d'un mal redoutable. A l'invasion de la seconde période, qui tarde quelquefois des mois et des années à paraître, la cuisse malade est plus longue que l'autre, le grand trochanter porté plus en dehors et en bas, la fesse plus plate, son pli plus profond, et le membre entier amaigri. Il se déclare une gonalgie insupportable, assez forte quelquefois pour absorber tout à fait le sentiment de douleur qui existe dans l'aine, et faire croire à l'observateur peu expérimenté que la maladie siége au genou ; d'autant plus que ce dernier éprouve quelquefois lui-même une tuméfaction notable. Au bout d'un laps de temps plus ou moins considérable, la tête de l'os sort lentement, ou, ce qui est plus ordinaire, subitement de sa cavité, et la maladie a atteint sa troisième période. La cuisse est plus courte que l'autre, et plus fléchie qu'auparavant, le grand trochanter tourné davantage en dedans, et la fesse gonflée en manière de cône. Il n'est pas rare alors qu'on observe une courte rémission des anciennes douleurs, en sorte que le malade conçoit l'espérance d'une guérison prochaine, sans savoir qu'il vient au contraire de faire un pas de plus vers le tombeau, ou qu'au moins il ne lui est plus permis de compter sur un rétablissement parfait. En effet, la gonalgie ne tarde pas à reparaître dans toute sa violence : la fièvre hectique augmente d'intensité ; tous les alentours de l'articulation, et surtout la fesse, se gonflent ; on y sent une fluctuation manifeste ; des taches livides s'y développent ; les portions amincies de la

peau se crevassent. C'est ainsi que commence la quatrième période. L'écoulement d'une grande quantité de fluides, d'abord séreux, puis puriformes, procure un soulagement momentané, en diminuant la tension extrême des tégumens; mais le pus acquiert bientôt un caractère ichoreux, les accidens s'aggravent, les forces se dissipent, des sueurs et une diarrhée colliquative s'emparent du malade, dont la mort vient terminer les souffrances. On a cependant vu, dans quelques cas heureux, mais trop rares, la vie résister à tous ces désordres, et la maladie guérir avec le temps, sans autre suite que le raccourcissement et l'ankylose inévitables du membre.

Nous regrettons d'avoir autant abrégé le beau tableau tracé par l'auteur; mais les bornes d'un extrait nous obligent à bien des omissions. Ainsi nous passons encore sous silence la description de toutes les anomalies qui se présentent quelquefois, et parmi lesquelles une des plus remarquables et des plus rares, est celle dans laquelle le membre, au lieu de diminuer, s'alonge au contraire véritablement, après l'exarticulation, parce que la tête du fémur s'est portée en dedans, du côté du trou obturateur. Nous devons pareillement négliger les détails rassemblés par le docteur Rust sur les altérations organiques que la maladie apporte dans l'articulation, la forme du bassin, et l'insertion des muscles, soit d'après les récits d'écrivains dignes de foi, soit d'après ses propres observations à l'ouverture du corps de personnes mortes pendant les différentes périodes du mal, ou enlevées par une autre affection, après avoir été radicalement guéries d'une coxarthrocace. Tous ces détails confirment les idées qu'il a émises au sujet de la nature de l'arthrocace; mais, malgré tout l'intérêt qu'ils présentent, nous ne pouvons que les signaler au lecteur, parce qu'ils ne sont point susceptibles d'analyse.

Afin d'éclairer et de faciliter encore davantage le diagnostic de la coxarthrocace, le docteur Rust en compare les caractères

avec ceux des autres maladies qui pourraient la simuler, comme la claudication causée par une difformité du bassin, la sciatique nerveuse de Cotugno, les abcès dus à l'inflammation du muscle psoas, etc., etc.

Lorsque la maladie a établi son siége à l'épaule (*omarthrocace*), la première période s'annonce par une douleur locale, bien plus constante ici que dans le cas précédent. Le malade éprouve dans tout le membre une lassitude extrême, qui ne lui permet pas d'exécuter le moindre mouvement, surtout avec l'avant-bras. La douleur de l'épaule et du coude est tellement vive, qu'il ne peut supporter aucune pression, pas même celle des vêtemens. Dans la seconde période, la tête de l'humérus, bien plus gonflée, saille aussi davantage en dehors; la douleur augmente, notamment au coude; l'épaule perd tout à fait sa forme arrondie, elle devient plate et surbaissée; l'avant-bras est plus long et distant du corps, la cavité axillaire moins profonde, le coude plus bas, et tout le membre émacié. La troisième période s'annonce par la sortie de la tête, qui glisse entre l'omoplate et les côtes, d'où les muscles grand pectoral et très-large du dos l'entraînent bientôt jusque sous la clavicule. Alors on trouve le bras raccourci, dirigé en dehors et en arrière, le moignon de l'épaule très-plat, et la partie inférieure de la région claviculaire gonflée. Pendant que la fièvre hectique continue de faire des progrès, la maladie marche à grands pas vers la quatrième période, dans laquelle le pus se fait jour à l'extérieur, entre les muscles du bras et la poitrine, d'où résultent des ulcères fistuleux, quelquefois la carie des côtes, et un épanchement dans la poitrine qui amène une mort prompte et inattendue.

Après avoir indiqué sommairement les résultats des ouvertures de cadavres, le docteur Rust établit un parallèle fort instructif entre l'affection et celles qui présentent des symptômes analogues; puis il passe à l'examen de la *gonarthrocace*.

L'arthrocace fixée sur le genou débute par une violente douleur qui force le malade de tenir constamment la jambe fléchie sur la cuisse. Peu à peu cette douleur diminue, mais l'articulation se gonfle d'une manière notable : la tuméfaction se propage aux parties molles; quelquefois il y a véritablement luxation du tibia en arrière, en dedans ou en dehors. La peau finit par s'enflammer, les douleurs internes reparaissent plus fortes que jamais. Enfin de nombreux abcès donnent issue, en s'ouvrant, à un pus de mauvaise qualité, sans diminution notable de la tumeur. La maladie suit dès-lors la même marche que dans les cas précédens, et la mort délivre le malade de tous ses maux, à moins que, comme le docteur Rust dit l'avoir vu chez trois sujets atteints d'une gonarthrocace qui fut négligée, la gangrène ne sépare complétement la jambe de la cuisse, dans l'articulation.

Comme auparavant, l'auteur donne encore l'indication des particularités les plus remarquables qui s'offrent à l'examen anatomique du genou, et des signes qui distinguent l'affection des tumeurs blanches, de l'hydarthre, et des autres maladies de l'articulation tibio-fémorale.

Il adopte la même marche pour l'*olécranarthrocace*, la *podarthrocace* et la *chirarthrocace*. Nous ne le suivrons pas au milieu de ses intéressantes recherches sur ces diverses maladies. Nous nous contenterons de faire remarquer, avec lui, qu'il n'est aucune articulation dans laquelle la carie fasse des progrès aussi rapides que dans celles de la main et du pied, mais aucune non plus où la guérison soit plus facile à obtenir par un traitement convenable, même lorsque les désordres ont été portés à leur comble.

A l'occasion de la *spondylarthrocace*, l'auteur sort un peu de son sujet, en s'étendant sur les luxations des vertèbres par l'effet d'une violence extérieure. Après avoir établi en principe, comme tous les praticiens éclairés, que ces sortes de dé-

placemens osseux sont infiniment rares, il fait observer qu'on en trouve cependant un certain nombre d'exemples, mais davantage pour les vertèbres cervicales que pour celles des autres points de la colonne. Il dit avoir observé une luxation de la cinquième vertèbre du col, produite par une chute sur la tête, et guérie heureusement. Le docteur Ehrlich a déjà publié une observation de ce genre.

A cette courte digression succède l'énoncé clair et précis des symptômes qui caractérisent la carie des vertèbres. Le tableau en est cependant bien moins complet que celui dont nous sommes redevables à Pott. A la vérité le docteur Rust, sentant qu'il était difficile de rien ajouter au travail de l'illustre chirurgien anglais, ne s'est guère appesanti que sur l'aspect tout particulier qu'on observe à la maladie quand elle attaque l'articulation de l'atlas avec l'épistrophée. Presque tous les modernes ont négligé cette affection, que les anciens connaissaient cependant déjà, et sur laquelle le docteur Schupke a publié, il y a deux ans, une dissertation fort intéressante [1]. Le docteur Rust a eu treize fois l'occasion de l'observer. Nous allons indiquer très-brièvement les signes qu'il décrit comme étant ceux par lesquels elle s'annonce.

Le malade ressent d'abord dans le col une douleur qui augmente pendant la nuit, dans les temps humides, lorsqu'il avale de gros morceaux, ou quand il fait une inspiration profonde. Avec le temps, un côté du col devient plus particulièrement douloureux dès qu'on incline la tête sur l'épaule. Une forte pression exercée avec le doigt, à l'endroit de l'articulation de la tête, excite une sensation pénible, qui éclaire sur la vraie nature du mal. Si on méconnaît celui-ci, les accidens, la dys-

---

[1] *Tractatus de luxatione spontaneâ vertebrarum colli superiorum. Berolini*, 1816.

phagie et la difficulté de respirer vont toujours en croissant, et les douleurs, qui semblent se concentrer dans l'occiput, deviennent insupportables au moindre mouvement de la tête. Celle-ci tombe sur une épaule, et presque toujours sur la droite, parce que le mal frappe assez ordinairement le côté gauche. Peu avant l'invasion de la troisième période, l'état du malade semble s'améliorer, les mouvemens de la tête sont plus libres, elle reprend même sa situation droite; mais ce mieux dure peu. La douleur, en avalant, en parlant et en inspirant, reparaît : la tête se renverse un peu en arrière, et du côté opposé à celui vers lequel elle était inclinée d'abord. Le malade, à qui toutes les positions sont également insupportables, ne goûte aucun repos; il ne peut ni se redresser quand il est couché, ni se coucher lorsqu'il est debout, sans tenir sa tête à deux mains par derrière. Enfin, ses traits portent une expression toute particulière de souffrance que l'auteur, dans l'impossibilité de la peindre autrement, a cru devoir rendre par une figure fort bien exécutée. A ces accidens se joignent la paralysie des membres pectoraux, la perte de la voix, et tous les symptômes de la fièvre hectique. Ordinairement on n'aperçoit rien à l'extérieur : l'auteur dit n'avoir vu qu'une seule fois la nuque offrir, du côté affecté, une tumeur qui s'ouvrit et dégénéra en ulcère fistuleux. La mort survient presque toujours d'une manière inopinée.

Le docteur Rust donne une bonne description des ravages qu'on découvre à l'ouverture du cadavre, et rapporte plusieurs exemples de spondylarthrocaces guéries par les seuls efforts de la nature. L'un s'est offert à lui-même. Les autres sont consignés dans les écrits de Meckel, de Frank, de Columbus et de Van de Wynpersse. Ces exemples prouvent, d'un côté, que la compression exercée sur la moelle épinière par une luxation de la tête sur la seconde vertèbre, n'est pas toujours mortelle, surtout lorsque la compression augmente graduellement et

d'une manière insensible ; d'une autre part, qu'on ne doit désespérer du salut des malades ni dans cette circonstance, ni dans le cas, bien plus grave encore, d'une luxation instantanée à la suite d'une chute ou de toute autre violence extérieure.

Après ce long chapitre sur les signes de l'arthrocace et de ses différentes variétés, le docteur Rust passe au pronostic, à l'égard duquel il entre dans toutes les considérations auxquelles la nature de la cause occasionelle, le siége, l'ancienneté, le degré de la maladie et l'âge du malade peuvent donner lieu.

Dans la partie de son livre consacrée au traitement, l'auteur examine d'abord les moyens généraux, parmi lesquels il accorde la première place à la saignée. En effet, les évacuations sanguines suffisent quelquefois pour arrêter les progrès de la maladie, quand celle-ci dépend d'une violence extérieure, qu'elle est récente, et que le malade a un fort tempérament. Il passe ensuite en revue les antimoniaux, les sulfureux, les mercuriaux, l'acide nitrique, le muriate de baryte, la digitale, l'aconit, le camphre, le gayac, la bardane, les bains tièdes, l'extrait de pampre de vigne, conseillé par Pierre Franck, à la dose de deux ou trois drachmes par jour, etc.

Le traitement local, d'une importance bien plus grande, reste toujours le même, quelle que soit la cause ; mais il varie selon l'époque. Pendant la première période, l'application de sangsues autour de l'articulation malade est fort utile, ainsi que celle des sinapismes, des vésicatoires, de la pommade d'Autenrieth, des linimens volatils, etc. Mais aucun moyen n'a paru plus efficace alors au docteur Rust que les frictions mercurielles. Après avoir calmé les douleurs par les sangsues et les bains chauds, il frotte l'article avec de l'onguent napolitain, jusqu'à ce que le mal disparaisse, ou qu'une légère salivation oblige de discontinuer.

Dès que l'affection est arrivée à sa seconde période, il faut une irritation bien plus forte que toutes les précédentes pour

ranimer l'activité des parties malades. Long-temps on a cru qu'un cautère établi dans le voisinage suffisait. Des observations nombreuses ont appris à l'auteur que rarement il produit l'effet désiré, et que même il accélère la mort quand il y a déjà exarticulation. Suivant lui, le cautère actuel mérite de beaucoup la préférence, et il est en cela d'accord avec un bon nombre de nos chirurgiens les plus célèbres. Nous omettons à dessein le parallèle qu'il établit entre les cautères actuel et potentiel, car c'est une matière sur laquelle on ne saurait plus rien dire de nouveau : elle a été épuisée par notre Paré moderne. Le docteur Rust voulant réunir les avantages de la cautérisation objective et transcurrente, a imaginé un instrument dont l'extrémité cautérisante, épaisse de neuf lignes et longue de trois pouces, a la forme d'un prisme renversé, et dont l'angle destiné à brûler est mousse. Il trace fort au long les règles à observer pour s'en servir, suivant les différentes articulations où on juge convenable de l'appliquer. Ici son livre commence à diminuer d'intérêt, parce qu'il ne renferme plus que des choses connues; mais elles y sont exposées avec la clarté que les élèves cherchent vainement dans beaucoup d'ouvrages élémentaires, et avec l'érudition choisie qui, sans dénoter des prétentions ambitieuses, marque seulement le désir de faciliter les recherches, en faisant connaître les sources où il faut puiser pour compléter les points de doctrine simplement effleurés.

Lorsque la maladie est arrivée à la troisième ou quatrième période, il ne faut plus songer à une guérison radicale, jusqu'alors toujours possible : on doit se borner à arrêter les progrès ultérieurs du mal, limiter son influence délétère sur l'organisme, et favoriser, autant qu'il dépend de l'art, les efforts de la nature pour cicatriser les surfaces ulcérées. Le feu est encore le meilleur remède; mais il ne suffit pas, si la collection purulente a beaucoup de volume, car il faut préalablement vider la

tumeur. A cette occasion l'auteur trace quelques réflexions fort sages sur le traitement qu'exigent les abcès en général, et ceux des articulations en particulier. Il blâme ouvertement l'usage d'ouvrir ces congestions par une petite ouverture, sous prétexte que le contact de l'air dénature le pus. Ce n'est pas, dit-il, le contact de l'air, mais bien l'état atonique des organes malades, qui altère les qualités du pus; car, grande ou petite, l'ouverture livre toujours passage à la même quantité d'air, et, petite, elle a le désavantage de former une poche dans laquelle le fluide aérien s'altère sans pouvoir se renouveler. Pour éviter les inconvéniens qu'on attribue si gratuitement aux trop grandes incisions, il faut imiter le procédé de la nature, qui n'ouvre jamais un abcès que quand les tégumens dont il est recouvert se trouvent dans un état d'inflammation propre à favoriser la prompte oblitération du foyer après que le pus en est sorti. L'auteur veut donc que, dans le cas spécial des abcès froids dont il s'agit ici, on pratique de grandes incisions, afin de donner promptement issue à l'ichor; mais qu'on ne le fasse qu'après avoir fortement irrité la peau et les parties sous-jacentes par le moyen de la cautérisation, soit inhérente, soit objective, afin de ranimer leur vitalité, et de les mettre dans les conditions les plus favorables à l'adhésion. Quelques-uns de nos praticiens percent les abcès froids avec un poinçon rougi au feu : leur méthode se rapproche de celle du chirurgien allemand, quant aux principes sur lesquels elle est fondée; mais elle est et doit être de beaucoup inférieure dans les résultats.

La seconde partie du traité se compose de vingt-cinq histoires particulières, que l'auteur a choisies parmi celles qui lui ont été fournies par sa longue pratique, afin de confirmer la justesse de sa théorie, et les heureux effets du traitement qu'il conseille. Seize se rapportent à la coxarthrocace, deux à l'omarthrocace, cinq à la gonarthrocace, et deux à la spondy-

lartrocace. L'auteur s'est attaché surtout à décrire les cas qu'il a eu l'occasion de traiter en présence de médecins et de chirurgiens distingués. Les planches sont d'une très-belle exécution, et représentent diverses pièces articulaires en partie corrodées par la carie.

Quoique les bornes d'un journal ne nous aient pas permis de nous étendre autant que nous l'eussions désiré, nous pensons toutefois en avoir assez dit pour inspirer à nos lecteurs le désir de parcourir eux-mêmes le traité du docteur Rust, qui mérite à tous égards d'être transporté dans notre langue; le livre y gagnerait, et parce qu'il compterait plus d'appréciateurs, et parce qu'on pourrait le mettre à la portée d'un plus grand nombre de personnes, en supprimant le luxe typographique et chalcographique, qui nous paraît, sinon ridicule, au moins déplacé dans les ouvrages de sciences.

A. J. L. JOURDAN.

NOTICE *biographique sur le professeur Walter.*

Jean-Théophile Walter naquit, le 1 juillet 1734, à Kœnigsberg en Prusse. Son père, économe du grand hôpital de cette ville, avait pour l'anatomie une aversion extrême, qu'il s'efforça d'inspirer à son fils. Il se félicitait même d'y avoir réussi, et mourut avec cette persuasion intime, bien justifiée par les apparences; car, prêt à rendre le dernier soupir, il avait fait promettre au jeune Théophile de ne jamais se livrer aux dégoûtantes dissections ni au travail ingrat et pénible de la chirurgie et de la médecine, mais de se consacrer à la jurisprudence, dont la carrière était, selon lui, beaucoup plus utile, plus agréable et plus lucrative. Les camarades de collége du futur avocat crurent lui jouer un tour

très-piquant en le conduisant à l'improviste dans un amphithéâtre où l'on disséquait un monstre. L'espoir des malins écoliers fut complétement déçu. Walter fixa des regards avides sur un spectacle qu'on croyait devoir lui faire horreur. Il se plaignit seulement de la maladresse avec laquelle l'opérateur remplissait sa besogne, et il assura qu'au bout de quelques jours d'essai, il s'en acquitterait mieux que lui. Dès ce moment, sa résolution fut irrévocable. Oubliant les recommandations paternelles, toujours moins puissantes que les irrésistibles inspirations de la nature, il renonça au culte de Thémis pour se vouer à celui d'Esculape. Les travaux anatomiques devinrent et restèrent constamment l'objet de sa prédilection. Dévoré par la passion de s'instruire et de se distinguer, il fit des progrès extrêmement rapides. A peine parvenu à sa vingt-unième année, il soutint, en 1755, à l'Université de Kœnigsberg, une thèse analogue à ses occupations favorites : *Specimen experimentorum in vivis animalibus revisorum circa œconomiam animalem*. Cet opuscule a été soigneusement recueilli par Jean-Daniel Metzger, dans ses *Exercitationes academicæ*, dont il forme le premier article. Walter alla compléter son éducation médicale à Francfort sur l'Oder, où il fut reçu docteur en 1757. La dissertation inaugurale du candidat offre un témoignage nouveau de son goût fortement prononcé pour les recherches délicates et difficiles de l'anthropotomie : *De emissariis Santorini; præmissis Thesibus anatomico-physiologicis*. Revêtu d'un titre honorable, Walter ne se crut pas dispensé d'étudier encore. Jaloux de devenir un anatomiste consommé, il se rendit à Berlin, se remit sur les bancs de l'école, et suivit avec une ardeur infatigable les leçons de Jean-Frédéric Meckel. Ce savant professeur, flatté d'avoir un pareil disciple, l'admit à toutes ses expériences, et lui accorda une bienveillance particulière. Walter ne tarda pas à obtenir la récompense de son zèle et de ses talens. Nommé d'abord pro-

secteur au théâtre anatomique du collége médico-chirurgical, il fut élu second professeur en 1762; et, à la mort de Meckel, 18 septembre 1774, il le remplaça en qualité de premier professeur d'anatomie et d'accouchemens. Cette dernière chaire lui fut aussi confiée à l'hôpital de la Charité de Berlin. Le succès avec lequel il remplit ces importantes fonctions, lui attira l'estime de ses compatriotes et la haute considération des étrangers. L'Académie des sciences, qui avait pour protecteur et comptait au nombre de ses membres le grand Frédéric, choisit Walter à l'unanimité. La Société royale de Londres, le collége des médecins d'Edimbourg, celui de Madrid, la Société royale de médecine de Paris, lui adressèrent des lettres de correspondant. Satisfait plutôt qu'ébloui de ces justes hommages, Walter redoubla en quelque sorte d'activité; il rassembla une bibliothèque intéressante, et créa un *Muséum anatomique* tel que peut-être aucun particulier n'en possède un semblable. Cette belle collection, vantée par son fondateur avec une complaisance bien pardonnable, quoique fort exagérée, contenait, en 1802, deux mille huit cent soixante-huit morceaux, tous différens, et préparés dans un but particulier. Ce fut alors que Walter proposa la vente de ce superbe cabinet, dont la formation avait absorbé la majeure partie de sa fortune : *Museum anatomicum, Mæcenatibus augustis, studii anatomici curatoribus, omnibus qui anatomen amant et excolunt, offert venale;* in-8°. Berolini, 1802. Ce prospectus, de 68 pages, offre l'énumération des deux mille huit cent soixante-huit morceaux dont il vient d'être question. Le roi de Prusse se montra aussi généreux prince que zélé patriote, en conservant à Berlin ce beau monument, qu'il paya la somme considérable de cent mille thalers [1]. Frédéric-Au-

---

[1] Le thaler de Prusse vaut trois francs soixante centimes de notre monnaie.

guste Walter avait déjà décrit en allemand une partie du cabinet de son père : *Anatomisches Museum gesammelt von Johann Gottlieb Walter*; 2 vol. in-4°. fig. Berlin, 1796. L'amour filial a parfois dicté les expressions emphatiques du rédacteur. Au reste, Walter père n'hésitait point à dire lui-même que ses injections étaient plus délicates et plus parfaites que celles de Ruysch. Ceux qui ont eu, comme moi, l'occasion de comparer les préparations de l'anatomiste de Berlin avec celles du professeur d'Amsterdam, donneront sans contredit la préférence aux merveilleuses injections de ce dernier. Je suis cependant loin de blâmer l'enthousiasme avec lequel Walter s'écrie : « J'ose dire, à la face de l'univers, que de tous les cabinets qui ont existé et qui existent dans ce genre, le mien est le plus complet, le plus travaillé, le plus splendide, le plus utile. J'ai consacré cinquante-quatre années consécutives à former cette collection ; j'ai disséqué ou fait disséquer à mes élèves au-delà de huit mille cadavres humains ; l'histoire de l'anatomie n'offre pas d'exemple pareil.

« Mon cabinet contient une série complète des parties du corps de l'homme et de l'animal dans leur état de santé ; une série tout aussi complète des parties du corps de l'homme et de l'animal dans leur état de maladie. J'ose me flatter d'avoir porté l'anatomie au degré de perfection auquel il lui est possible de s'élever dans mon siècle, et d'avoir parfaitement rempli le souhait que jusqu'à présent l'on avait fait en vain, de combiner l'anatomie des parties saines avec celle des parties malades [1]. »

Ardemment occupé de cet immense travail, l'infatigable Walter savait encore trouver quelques loisirs pour la compo-

[1] *Museum anatomicum per decem et quod excurrit lustra maximo studio congestum, indefessoque labore perfectum*; in-4. fig. *Berolini*, 1805.

sition de plusieurs excellens écrits dont je vais indiquer les principaux, en suivant l'ordre chronologique de leur publication.

1. *Abhandlung von trocknen Knochen des menschlichen Kœrpers etc.*; c'est-à-dire : Traité des os secs du corps humain, à l'usage de ses auditeurs au théâtre anatomique; in-8°. Berlin, 1763. — Quatrième édition, in-8°. Berlin, 1798.

2. *Observationes anatomicæ : Historia monstri bicorporei duobus capitibus, pedibus tribus, pectore pelvique concretis; Curæ renovatæ de anastomosi tubulorum lactiferorum mammæ muliebris; Concrementa terrestria; venæ capitis et colli, etc.*; in-fol. fig. Berolini, 1775. — Trad. en allemand par Jean-Gottlob-Daniel Michaelis; in-4°. fig. Berlin, 1782.

Ces deux ouvrages sont mentionnés très-honorablement par l'immortel Haller, bon juge en pareille matière. Il proclame l'exactitude et la sagacité de l'auteur, dont il cite particulièrement avec éloge : 1°. les considérations ingénieuses et justes sur le périoste, qui enveloppe les os comme la dure-mère enveloppe le cerveau, le péricarde le cœur, la plèvre les poumons, etc.; 2°. la description de l'os ethmoïde et de ses cornets; celle des os palatins, des conduits lactifères, de l'ouraque, des veines de la face, de la tête et du cou.

3. *Betrachtungen ueber die Geburtstheile des weiblichen Geschlechtes*; c'est-à-dire, Considérations sur les parties génitales de la femme; in-4°. fig. Berlin, 1776. — Seconde édition, in-4°. fig. Berlin, 1793.

4. *Myologisches Handbuch*; c'est-à-dire, Manuel myologique, à l'usage de ceux qui s'exercent à la dissection dans l'amphithéâtre anatomique; in-8°. Berlin, 1777. — Troisième édition, in-8°. Berlin, 1795.

5. *Geschichte einer Frau die in ihrem Unterleibe ein verhærtetes Kind zwey und zwanzig Jahre getragen hat*;

c'est-à-dire, Histoire d'une femme qui a porté pendant vingt-deux années, dans son abdomen, un fœtus endurci; in-4°. fig. Berlin, 1778.

6. *Epistola anatomica ad Gulielmum Hunter, de venis oculi summatim, et in specie de venis oculi profundis, retinæ, corporis ciliaris, capsulæ lentis, corporis vitrei, et deniquè de arteriâ centrali retinæ*; in-4°. fig. Berlin, 1778. (En allemand; ibid.)

7. *De Dissectione synchondroseos ossium pubis in partu difficili*; in-4°. fig. *Berolini*, 1782. (En allemand; ibid.)

8. *Tabulæ nervorum thoracis et abdominis*; in-fol. *Berolini*, 1783.

Ces productions diverses, dont plusieurs se retrouvent dans les Mémoires de l'Académie des sciences de Berlin, sont remarquables par le nombre et l'importance des faits, la justesse des observations, la pureté, l'exactitude des figures. Aussi reçurent-elles de toutes parts le plus favorable accueil. On ne sera probablement pas fâché de connaître le jugement que l'auteur lui-même en porte :

« Durant dix années je me suis attaché exclusivement, l'été et l'hiver, à étudier la partie des nerfs; j'ai développé ceux du corps humain avec la même perfection que, dans mes planches des nerfs de la poitrine et du bas-ventre, on a admirée comme le *nec plus ultrà* de la science. Dans les ouvrages que j'ai publiés sur les veines de la tête, de l'œil, de la dure-mère et des vaisseaux lymphatiques des mamelles, j'ai fourni au public, qui leur a rendu justice en leur accordant son admiration, la preuve de mon adresse à injecter les vaisseaux lymphatiques et sanguins. »

9. *De morbis peritonei et apoplexiâ*; in-4°. fig. Berlin, 1785. (En allemand; ibid.)

10. *Von der Einsaugung, und der Durchkreuzung der Sehnerven*; c'est-à-dire, de l'Absorption et de l'Entre-

croisement des nerfs optiques; in-8°. fig. Berlin, 1794.

J'accorderai volontiers à l'auteur l'entrecroisement des nerfs optiques, mais je ne conviendrai pas également avec lui de la faculté absorbante des veines. J'ai déjà réfuté ailleurs cette opinion, que le docteur Magendie a tâché de rajeunir, en l'étayant d'expériences très-peu concluantes.

11. *Ob der Mensch und die Thiere die æusseren Gegenstænde recht oder verkehrt sehen?* c'est-à-dire, Si l'homme et les autres animaux voient les objets extérieurs droits ou renversés? in-4°. Berlin, 1793. Walter présenta ce Mémoire à ses collègues de l'Académie des sciences, qui avaient proposé cette question au concours, et n'avaient reçu aucune réponse satisfaisante.

12. *Etwas ueber Herrn Doctor Gall's Hirnschædellehre*; c'est-à-dire, Quelques mots sur la doctrine cranioscopique du docteur Gall; in-8°. Berlin, 1805.

Le professeur prussien, dont la politesse n'était pas la vertu dominante, attaque le célèbre craniologiste et plusieurs de ses partisans d'une manière si peu mesurée, que ses expressions ressemblent fréquemment à des injures.

13. *Was ist Geburtshuelfe?* c'est-à-dire, Qu'est-ce que l'accouchement? in-8°. Berlin, 1808.

On attribue généralement à Walter, d'après son propre témoignage, les deux Dissertations suivantes, bien que les médecins nommés au frontispice fussent très en état de les composer eux-mêmes, le premier surtout : 1°. Kœlpin (Alexandre Bernard), *De Structurâ mammarum sexûs sequioris, nuperrimis observationibus et experimentis superstructa*; in-4°. fig. *Gryphiswaldiæ*, 1764. (En allemand; in-8°. Berlin, 1767.)

2°. Adami (Samuel-Sigismond), *De causis quibusdam specialibus apoplexiæ, observationibus anatomicis rarioribus confirmatis*; in-4°. *Halæ*, 1764.

Il aimait aussi à raconter qu'étant, à l'âge de vingt-six ans, plus riche en science qu'en écus, il avait contribué à établir la réputation d'un jeune médecin, en lui cédant, pour la modique somme de cinq louis, un opuscule anatomico-physiologique intéressant.

Walter avait une taille presque gigantesque, une constitution athlétique, des formes et des manières âpres, une santé de fer, comme il le dit lui-même. Aussi, quoiqu'il ait passé la plus grande portion de sa vie au milieu des cadavres, il a prolongé sa carrière sans infirmités, et pour ainsi dire conservé sa vigueur entière jusqu'à quatre-vingt-quatre ans. Il est mort le 4 janvier 1818, laissant un fils qui a hérité de toute sa rudesse et d'une faible partie de ses talens.

F. P. CHAUMETON.

OBSERVATION *sur une opération de laryngotomie pratiquée avec succès;* par GEORGES WHITLEY [1].

Le fils d'un laboureur, bien portant et âgé de sept ans, fut apporté chez moi, avec une toux convulsive très-alarmante, une respiration bruyante et une grande difficulté de parler. La personne qui l'accompagnait me dit qu'en jouant il avait avalé un noyau de prune qui s'était arrêté dans son gosier. J'étais persuadé, en effet, que le corps étranger était dans le larynx ou la trachée-artère. Pensant qu'un émétique, produisant un effet subit sur les muscles de la respiration, pourrait en procurer la sortie, je donnai à l'enfant dix grains de sulfate de zinc. Il s'ensuivit des nausées et des vomissemens très-forts, mais sans que j'obtinsse le résultat désiré. Voyant alors qu'il ne restait

---

[1] Extrait du *London medical and physical Journal*, *February* 1818.

plus d'autre ressource, je proposai d'extraire le noyau par une incision au larynx. Mais je n'obtins le consentement des parens qu'avec la plus grande peine, treize jours après l'accident [1]. Je procédai alors de la manière suivante : L'enfant, couché sur une table, la tête appuyée sur un oreiller, je fis une incision longitudinale commençant à la partie supérieure du cartilage thyroïde, et longue d'environ deux pouces. Les bords correspondans des muscles sterno-hyoïdiens se trouvant par-là mis à nu, je détachai avec soin ces muscles, de manière à découvrir les cartilages thyroïde et cricoïde, le commencement de la trachée, et la partie supérieure de la glande thyroïde. Supposant le corps étranger placé, comme c'est ordinairement le cas, dans la partie supérieure du larynx, je plongeai une lancette au-dessus du cartilage thyroïde, et fendis le larynx avec un bistouri boutonné, jusqu'au cartilage cricoïde. Dans cet instant, un accès de toux étant survenu, beaucoup de pus jaillit, à travers l'ouverture, sur les assistans; mais je ne pus sentir le noyau. J'en conclus qu'il était descendu dans la trachée, et j'introduisis de nouveau le bistouri; je fendis le cartilage cricoïde et plusieurs anneaux de la trachée, ayant soin de ne point blesser la glande thyroïde. Ici je fus encore déçu dans mon attente. Mais ayant assez d'espace, je passai le doigt indicateur dans la partie supérieure du larynx, et sentis le noyau fixé entre les cordes vocales. Je l'en fis sortir avec une sonde, et le poussant dans la bouche, je lui fis prendre malheureusement, pour la satisfaction des assistans, la route de l'œsophage. La cessation subite de tous les symptômes alarmans ne me laissa aucun doute sur son expulsion, et l'élasticité du larynx suffisant pour le fermer, je n'eus qu'à rappro-

[1] L'enfant fut présenté à l'auteur le 26 août, et il l'opéra le 8 septembre. Mais l'observa-t-il le jour même de l'accident? C'est ce qu'il importait de savoir, pour juger combien de temps un corps étranger peut rester dans la trachée sans causer d'accidens mortels.

cher les bords de la plaie extérieure, au moyen de bandelettes agglutinatives, et d'un bandage convenable. Deux jours après, le malade prit une forte dose d'huile de castor, qui procura deux selles, dans lesquelles, à ma grande satisfaction, on retrouva le noyau de prune. Au bout de trois semaines, la plaie était fermée et l'enfant parfaitement rétabli. Ses parens trouvent sa voix un peu plus faible qu'avant l'accident.

Réflexions du traducteur.

L'auteur de cette observation sentit bien qu'il fallait commencer l'opération par l'ouverture du larynx; mais il est assez étonnant qu'après avoir divisé la partie antérieure du cartilage thyroïde, il n'ait pu reconnaître la présence du corps étranger *fixé entre les cordes vocales;* et, qu'avant de s'être parfaitement assuré de sa non-existence dans cet endroit, il se soit décidé à fendre le cartilage cricoïde et plusieurs anneaux de la trachée. Cette partie de l'opération ne facilita en rien l'extraction du noyau qui causait tous les accidens; elle ne fit qu'ajouter aux dangers que courait le malade. Nous nous abstenons de caractériser la manœuvre au moyen de laquelle on fit sortir du conduit aérien le corps étranger qu'il renfermait: des pinces à anneaux portées dans le larynx, ouvert par la section de son cartilage principal, eussent suffi, et pour en reconnaître la position, et pour l'extraire. Cependant ce fait, tel qu'il vient d'être rapporté, nous a paru intéressant, en ce qu'il constate l'innocuité de plaies même fort étendues de la trachée-artère, et qu'en montrant de temps à autre les fautes que commettent des praticiens d'ailleurs expérimentés, on apprend à les éviter d'une manière plus sûre que si l'on rapportait constamment les préceptes les plus judicieux. A Lacédémone, le spectacle du vice faisait partie d'une éducation qui avait pour but d'inspirer l'amour de la vertu.

Remarques *sur l'emploi de quelques préparations d'or contre les maladies vénériennes;* par **Fulvio Gozzi**[1].

L'Écossais Archibald Pitcarn paraît être le premier qui ait conçu l'idée de substituer l'or en poudre au mercure, dans le traitement des maladies vénériennes. Pierre Lalouette le proposa ensuite contre les affections scrophuleuses. Mais c'est surtout à M. Chrestien que les préparations aurifères sont redevables de la place qu'elles occupent aujourd'hui dans la matière médicale[2]. A la vérité on leur conteste cette place, et il paraît même douteux qu'elles puissent la conserver, si l'on en juge du moins d'après le peu d'accord qu'on voit régner dans les opinions des médecins qui les préconisent. Quoi qu'il en soit, nous allons donner une analyse très-succincte du mémoire de M. Gozzi, un des plus zélés partisans de la méthode du iatralepte français.

M. Gozzi rapporte un grand nombre d'observations, pour la plupart assez mal circonstanciées cependant, de maladies vénériennes guéries par lui à l'aide de l'or en poudre, de l'oxide d'or précipité par l'étain ou la potasse, et du muriate triple d'or et de soude. Il emploie la poudre d'or préparée au moyen du miel, et les deux oxides à la dose d'un grain par jour, administré en une seule fois. Si le remède ne peut être porté sur les gencives, il conseille d'en frotter les parties les plus sensibles des organes génitaux. La guérison, assure-t-il, est dans tous les cas prompte, complète et durable. Quant aux effets produits par le médicament, ils consistent, suivant lui, en inquiétudes, augmentation de la chaleur, fréquence du pouls, abondance d'urine limpide

---

[1] Extraites des *Opuscoli scientifici dell' Università di Bologna*. 1817.

[2] Les expériences de M. Chrestien sont indiquées dans l'article *iatraleptique* du *Dictionnaire des sciences médicales*, par J. B. Monfalcon, t. 23, p. 321.

et jaune, accroissement de la transpiration, sueurs générales ou locales, surtout pendant la nuit, enfin selles fréquentes et liquides, ou diarrhée peu gênante. Ces effets sont plus prononcés pendant l'usage du muriate, plus faibles pendant celui des oxides, et moins manifestes encore quand on a recours à la poudre d'or.

L'auteur conclut que les préparations aurifères sont préférables aux mercurielles pour le traitement des maladies syphilitiques. Cependant il avoue franchement que leur administration exige la plus grande prudence, et on sera peu tenté de partager la prédilection qu'il montre pour elles, si l'on réfléchit qu'outre les nombreuses précautions auxquelles elles astreignent le malade, elles ont encore l'inconvénient d'enflammer souvent les gencives et l'arrière-gorge, et d'exciter une salivation abondante. De plus, le muriate d'or altère et noircit l'émail des dents. Enfin, tous ces remèdes indistinctivement impriment sur le linge des taches indélébiles, et on ne saurait les employer en frictions sur les organes génitaux, sans courir le risque d'irriter violemment ces parties qui jouissent d'une sensibilité si exquise, et de déterminer ainsi des accidens graves.

Observation *sur une ascite compliquée d'hydropisie de l'utérus, chez une femme enceinte;* par le professeur Scarpa [1].

Le savant et célèbre auteur, pour prouver que l'hydropisie de l'utérus, celle du bas-ventre, ou même toutes les deux à la fois, peuvent se manifester dans le cours de la grossesse, et mettre la vie en danger, rapporte l'observation d'une femme de trente ans, qui, devenue enceinte pour la cinquième fois,

[1] Extraite des *Memorie scientifiche e litterarie dell' Ateneo di Treviso*, vol. I.

en 1806, fut atteinte de cette double maladie. L'affection étant bien connue, le professeur Scarpa se décida bientôt à faire la ponction du bas-ventre, déterminé par les souffrances de la malade, qui était sur le point de suffoquer. Ayant senti la fluctuation plus manifeste le long du rebord des fausses côtes, dans l'hypocondre gauche, que partout ailleurs, il s'avisa de plonger un trois-quarts entre le sommet du bord externe du muscle droit et le rebord des fausses côtes de ce côté. Vingt-cinq à trente livres de sérosité s'écoulèrent, au grand soulagement de la malade, qui s'endormit, et eut ensuite un flux abondant d'urine. Le lendemain, elle sua beaucoup, et deux nuits après, surprise par les douleurs de l'enfantement, elle rendit quinze livres de liquide par l'utérus, puis elle accoucha de deux fœtus qui périrent âgés de six mois. Le quatorzième jour, elle reprit ses occupations ordinaires.

A l'occasion de cette cure heureuse, l'auteur rappelle que la ponction dans l'endroit désigné ne peut point être dangereuse : 1°. parce que la fluctuation du liquide se fait sentir à une très-petite profondeur sous la peau, dans l'hypocondre gauche; 2°. parce qu'au sixième mois de la grossesse, l'utérus appliqué, par son corps et ses côtés, contre la partie antérieure de l'abdomen, refoule avec son fond, vers le dos et le diaphragme, les intestins grêles, le colon transverse, l'épiploon, l'estomac, le foie et la rate. Il suit de là que les eaux ne se trouvent nulle part en plus grande abondance qu'entre le fond de la matrice et les viscères rejetés vers le diaphragme, c'est-à-dire dans les hypocondres. La fluctuation est plus sensible dans l'hypocondre gauche, à raison du moindre volume de la rate, comparativement à celui du foie. Par la même raison, la ponction doit être faite de préférence du côté gauche, car en cet endroit on ne craint de blesser ni l'utérus, ni les autres viscères. A ces importans préceptes, l'auteur ajoute celui-ci : que dans le cas d'ascite compliquée chez une femme enceinte, il faut toujours préférer la ponction de l'abdomen à celle de l'utérus, parce qu'il pourrait se faire qu'on se fût trompé en croyant à l'existence d'une collection séreuse dans ce dernier. Quand l'hydropisie utérine existe aussi, dès que le bas-ventre est vide de l'eau qu'il contient, la matrice peut, par sympathie, ou par le surcroît de vigueur qu'a acquis la machine, se débarrasser elle-même de son fardeau, puisqu'il est certain que la prompte et complète évacuation des eaux, dans l'ascite aiguë, contribue puissamment à rétablir l'équi-

libre entre les systèmes exhalant et absorbant du bas-ventre; et qu'elle anime encore l'action des organes sécréteurs de l'urine.

Observation *sur une rupture des deux veines-caves dans la poitrine;* par le docteur **Laurent Lovadina** [1].

Un homme robuste, âgé de quarante-deux ans, avala, en mangeant, un corps dur qu'il supposa être un os, et qui s'encastra fortement dans l'arrière-gorge, d'où il fallut beaucoup de temps et d'efforts pour le faire descendre dans l'œsophage. Mais l'irritation qu'il avait causée provoqua une violente angine, qui, se propageant le long des bronches, devint la source d'une toux continuelle, et de vives douleurs de poitrine à chaque respiration. Ces accidens duraient déjà depuis dix jours, lorsque le malade, en se levant pour uriner, fut pris tout à coup d'un vomissement de sang, et mourut. A l'ouverture du corps, après avoir désarticulé la mâchoire inférieure et ouvert la trachée-artère dans sa longueur, on vit toute la membrane interne du larynx gangrénée. Les cordes vocales étaient presque entièrement détruites. Le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx présentaient aussi de vastes taches gangréneuses qui se prolongeaient jusqu'aux deux tiers de l'œsophage. Un peu audessus de l'orifice de ce canal existait une déchirure qu'on jugea produite par les angles aigus de l'os. Les poumons étaient affaissés et vides de sang. La veine-cave descendante présentait, dans sa partie externe et un peu antérieure, une rupture longue d'un pouce, et située à un pouce de distance de l'oreillette droite. Une autre rupture moins étendue s'observait à la face antérieure de la veine-cave ascendante, avant son entrée dans le péricarde. Le docteur Lovadina fait remarquer que quoiqu'on trouve beaucoup d'exemples de ruptures des veines-caves dans les auteurs, Morgagni, Lancisi, Sauvages, Lieutaud, Palfyn, Winslow, Portal, Bichat ni Testa n'ont parlé d'une déchirure de l'inférieure entre le diaphragme et le péricarde. Il profite de l'occasion pour réfuter ce qu'il appelle l'erreur

---

[1] Extraite des *Memorie scientifiche e letterarie dell' Ateneo di Treviso*, vol. 1.

des anatomistes, qui affirment que cette dernière n'existe point dans la poitrine, ou qu'elle y est extrêmement courte; et il assure l'avoir vue longue de plus d'un pouce dans un cadavre, dimension qui lui est accordée aussi dans les Tables anatomiques de Caldani.

Quant à la manière dont l'auteur explique la rupture, il pense que les efforts faits pour expulser le corps étranger de l'arrière-gorge, et la toux continuelle qui subsista pendant plusieurs jours, ont rendu la circulation difficile à travers le poumon, de sorte que le sang s'étant amassé dans les cavités droites du cœur, a d'abord dilaté outre mesure et ensuite rompu les veines-caves. A cette cause il ajoute une prédisposition morbifique dans les organes centraux de la circulation, qu'il admet d'après la grande différence qui existait, chez le malade, entre les pouls des deux bras.

[1] *Réflexions du Traducteur.*

Cette observation présente un nouvel exemple d'un cas assez rare de mort subite. On désirerait que l'auteur eût fait connaître, d'une manière exacte, par quelles voies le sang a pénétré dans la bouche. L'ouverture de la veine-cave inférieure était nécessairement contenue dans le péricarde; en était-il de même de celle du gros tronc veineux descendant? Alors le vomissement de sang eût été impossible: le liquide, retenu dans la membrane séreuse, n'eût pu trouver aucune issue. La déchirure opérée à la veine-cave supérieure se trouvait-elle hors de la poche séro-fibreuse qui enveloppe le cœur? Le liquide alors s'est épanché dans la cavité du thorax; mais comment a-t-il pénétré dans la trachée-artère ou dans l'œsophage? L'observation ne fait pas mention de sa présence dans l'un de ces deux conduits; et l'ouverture que l'on a remarquée au second, *un peu audessus de son orifice*, si elle était contenue dans l'abdomen, comme ces mots semblent l'indiquer, n'a pu lui livrer passage. Relativement à l'erreur dans laquelle l'auteur suppose les anatomistes qui admettent que la veine-cave inférieure n'existe pas audessus du diaphragme, ou y est au moins très-courte, il nous semble que cette dernière disposition est la plus ordinaire, et que celle dans laquelle le vaisseau a plus d'un pouce de longueur, constitue une variété rare de conformation, dont rien n'autorise à nier l'existence, mais qu'il serait inexact de regarder comme le type habituel de l'organisation.

IMPRIMERIE DE C. L. F. PANCKOUCKE.



BARTHEZ.

Ambroise Tardieu Direxit.

JOURNAL
COMPLÉMENTAIRE
DU
DICTIONAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

SUR *l'usage des préparations arsénicales en médecine.*

LA physiologie de l'homme malade est très-différente de celle de l'homme en santé : dans ce dernier état, les alimens conservent les forces, et les médicamens les détruisent ; dans le premier, les alimens, du moins lorsqu'ils sont donnés sans choix et sans règle, agissent quelquefois comme des poisons, tandis que les médicamens réparent les forces, ou les empêchent de s'abattre tout à fait. Tout ce qui n'est pas doué de la puissance de nourrir, devient poison, dans l'état de santé, lorsqu'il était inutile de l'ingérer ou de se l'appliquer. Il n'y a d'exception, pour les substances très-actives, que dans les cas rares d'idiosyncrasie et d'habitude, comme la tradition nous l'apprend de ce roi de Pont, qui s'était accoutumé aux poisons. Les expériences que Hahnemann a faites sur lui-même et sur les autres, prouvent que l'on se trouve très-mal de prendre, quand on se porte bien, du quinquina, de la valériane, de la rhubarbe, de la camomille, du camphre, de la manne, du séné, et tant d'autres drogues regardées comme innocentes, parce qu'on ne les a jamais appréciées que chez l'homme malade. Au contraire, supposez la

maladie, et une maladie à laquelle s'adapte tel ou tel médicament, celui-ci deviendra un élément de conservation, parfaitement égal, en puissance et en vertu, à un consommé ou à un verre de bon vin chez un homme bien portant qui éprouve le besoin de se nourrir. Nous voyons même que les drogues les plus dangereuses pour l'homme en santé, quoique prises à de très-petites doses, sont précisément les plus efficaces dans les cas de maladies internes, où elles sembleraient faire le même office que le fer et le feu dans certains cas chirurgicaux. Un tableau comparatif des propriétés vitales de nos organes, en santé et en maladie, dressé par un observateur impartial qui aurait beaucoup vu, serait un ouvrage très-utile à la thérapeutique et à la matière médicale. C'est pour avoir supposé, d'après les effets de certaines substances sur l'homme en santé, quels étaient ceux qu'elles pourraient avoir sur l'homme malade, et réciproquement, qu'on a si souvent été ou trop timide, ou trop crédule, ou trop sceptique, ou trop exagéré, en parlant, soit de leur inertie, soit de leurs véritables propriétés médicamenteuses ou toxiques.

Ces considérations, qu'un long et continuel exercice de la médecine m'avait obligé de faire, contribuèrent pour beaucoup à me déterminer enfin, en 1806, 1807 et 1808, à essayer, malgré ma répugnance, les préparations arsénicales employées depuis long-temps, en Allemagne, en Angleterre et dans les Etats-Unis, contre les fièvres d'accès. J'exerçais dans un pays entouré de marécages, et dans un hôpital où les fièvres étaient la maladie dominante, dans un temps où le quinquina valait plus de six francs l'once, prix auquel ne pouvait atteindre qu'un petit nombre de personnes, et qui aurait absorbé toutes les ressources de l'hôpital. En effet, ce dernier, privé de ses anciens revenus, ne subsistait plus que par la charité publique, et par les journées de malades, mili-

taires, marins et douaniers, qui y étaient envoyés de plusieurs lieues à la ronde, lequel prix de journées, outre qu'il était très-modique, se faisait toujours beaucoup attendre. Il fallait donc mettre de l'économie en tout, et spécialement dans les remèdes, réserver le quinquina pour les fièvres pernicieuses, malheureusement assez communes dans la contrée (les Martigues, et les environs de l'étang de Berre et de Fe, à douze lieues de circonférence), et chercher un fébrifuge peu coûteux, mais actif, contre les simples fièvres, qu'il est pareillement dangereux, dans ce pays, de laisser subsister trop long-temps, à cause des hydropisies, des obstructions et des autres maladies mortelles qui en sont la suite. Après avoir été peu satisfait de tous les autres succédanés du quinquina qui ont été préconisés, je tournai mes vues, et d'abord en tremblant, vers l'arsenic, choisissant de préférence la préparation que je crus la plus parfaite et la plus sûre, l'*arséniate de soude*, employé avec succès, depuis long-temps, à l'hôpital de Saint-Georges, à Londres, par le docteur Pearson, et dont le docteur Louis Valentin, alors médecin à Marseille, m'avait communiqué la composition. Les succès que j'en obtins allèrent au-delà de mes espérances, et je crus devoir, après une expérience de quatre années, en faire part au public dans un ouvrage intitulé : *Recherches expérimentales sur les fièvres d'accès et sur les succédanés du quinquina. Marseille*, 1810. L'article 7 de cet opuscule présente les preuves les plus complètes de l'innocuité des préparations arsénicales, administrées à propos et par un médecin sage et prudent. On y voit que cette substance n'est pas alors plus dangereuse que le sublimé corrosif, et autres poisons, qui sont des médicamens héroïques lorsqu'on sait bien les manier. Le docteur Desgranges, sage praticien de Lyon, qui a rendu compte de mon ouvrage dans le *Journal général de médecine*, a attesté pareillement l'utilité et

l'innocuité de ce remède, quand on l'administre avec prudence.

Vains efforts! précautions inutiles! Deux ans après, il fut dit à l'article *arsenic* du *Dictionaire des sciences médicales*[1], après avoir parlé de l'administration que j'avais faite des préparations dont il s'agit, de mes comparaisons entre le sublimé et l'arsenic, et des quantités infiniment petites de ce dernier, que j'ai dit suffire pour guérir la fièvre, que, « malgré ces calculs rassurans, on peut répondre qu'il n'y a point de parité à établir entre le mode d'action du sublimé corrosif et celui de l'acide arsénique; qu'on ne saurait trop dire et répéter, d'après les observations des médecins cliniques les plus dignes de foi, que presque tous les malades qui ont été guéris par les préparations arsénicales, sont morts quelques mois après, soit de phthisie, soit d'inflammation chronique de la membrane muqueuse de l'estomac ou des intestins, ainsi que s'en est assuré un de nos meilleurs observateurs, M. Broussais. Nous pouvons certifier, en outre, que le fameux poison italien, l'*aqua toffana*, n'est autre qu'une préparation arsénicale dans laquelle l'acide arsénieux est si bien enveloppé, et en si petite dose, qu'il donne la mort sans laisser aucune trace de poison, sensible aux réactifs des chimistes ou à l'autopsie cadavérique. »

J'aurais pu, de suite, demander à l'auteur la différence du mode d'action entre l'arsenic et le sublimé; le prier de nous nommer ces médecins cliniques qui ont fait les observations dont il parle, et qui sont les plus dignes de foi; l'inviter à nous donner la recette de l'*aqua toffana*, que personne ne connaît encore, et qui n'est peut-être qu'un être de raison; lui objecter que si elle n'est autre chose que de l'acide arsé-

---

[1] Par Cadet de Gassicourt : t. II, p. 307.

nieux, et si cet acide produit toujours de l'inflammation alors, ou le poison n'est pas de l'arsenic, ou bien on doit nécessairement en trouver des traces à l'ouverture du cadavre; lui apprendre que l'expression *si bien enveloppé*, n'est plus en harmonie avec nos connaissances actuelles, parce que l'arsenic se découvre toujours, quelle que soit la composition dans laquelle il entre; enfin, lui représenter que le médecin dont l'autorité est la seule qu'il invoque, quoique digne des plus grands éloges pour avoir étendu, par un beau travail, l'*Essai sur les inflammations chroniques des viscères*, de M. Pujol, médecin à Castres, couronné par la Société royale de médecine, en mars 1791, cesse d'être une autorité, dès qu'il ne voit partout que des inflammations; encore ne sais-je pas où cet auteur parle de l'arsenic comme médicament : j'aurais pu, dis-je, si j'avais eu du temps à perdre en discussions polémiques, et si la manière consciencieuse dont j'exerce ma profession n'était pas suffisamment connue, relever les contradictions qui règnent dans cet article : mais j'avoue qu'il ne m'a paru et qu'il ne me paraît encore que le fruit de cette légèreté qui convient pour briller dans les salons de la capitale, mais qui ne donne pas le droit de juger en dernier ressort les hommes graves des provinces, dont tous les instans sont consacrés au bien de l'humanité. C'est auprès du lit des malades seulement qu'on doit interroger la nature sur la médecine et les médicamens.

D'ailleurs, la proscription lancée par M. Cadet de Gassicourt, dans l'article dont je parle ici, a déjà été relevée par A. Boullier, médecin à Pont-Saint-Maxence (*Journal général de médecine*, tom. XLVIII, pag. 240). Dans sa lettre sur l'emploi des préparations arsénicales, ce médecin rapporte avoir administré, pendant le courant de décembre 1811, de janvier, février et mars 1812, la liqueur arsénicale à trois

cents malades, et lui avoir reconnu une vertu fébrifuge qui paraît ne le céder en rien à celle du quinquina. Il ajoute que son confrère et ami le docteur Gasc, médecin de la grande armée, en avait pareillement fait usage avant lui, dans les hôpitaux de Dantzick, avec le même succès. Ni l'un ni l'autre n'avaient éprouvé aucun des inconvéniens que redoutent ceux qui ne s'occupent de la médecine que dans le cabinet. La lettre de M. Boullier est écrite froidement et avec impartialité : elle annonce un observateur plein de candeur et d'amour pour ses malades.

Mon but actuel, en ressaisissant le fil du Mémoire que j'ai publié il y a neuf ans, consiste spécialement à tenir en haleine l'attention des médecins sur un médicament que je puis dire précieux, dont je n'ai nullement à me plaindre, quoique je m'en serve depuis quatorze ans ; et à prévenir en même temps tout accident qui pourrait naître de son administration intempestive, dont le reproche tomberait sur moi-même, si cet emploi avait eu lieu d'après ma recommandation. Ce médicament, en effet, n'est pas du nombre de ceux tour à tour prônés et oubliés, parce qu'ils n'ont été utiles que dans des cas où la nature aurait guéri sans eux. Quoiqu'il ne soit pas plus qu'un autre doué de la propriété de ne manquer jamais, il m'a paru partager avec la digitale pourprée le droit de figurer dans les dispensaires rationnels et qui ne renferment que des remèdes de choix ; mais aussi, il ne faut jamais oublier que c'est un poison bien décidé, et que les fautes qu'on peut faire en se jouant avec lui, ne sauraient jamais être médiocres. J'ai conçu une théorie de sa manière d'agir, pour causer la mort ou pour guérir, que je crois encore prématuré de faire connaître. Je me borne maintenant à exposer des faits que je partage en cinq articles : le premier, pour remplir la lacune de l'article *arsenic* du *Dictionaire*, traite *de la comparaison de la manière d'agir*

sur nos humeurs, du sublimé et de l'arsenic, tirée des expériences publiques que je fais chaque année dans la partie toxicologique de mon cours de médecine légale; le second, *du mode d'action de ce minéral sur les organes vivans;* le troisième, *des maladies dans lesquelles il a une efficacité décidée, et de celles où il est inutile;* le quatrième, *des préparations les plus sûres et les plus convenables;* le cinquième enfin, *des précautions à prendre dans l'administration d'un pareil remède, et du moment où il faut s'arrêter.* J'ai examiné ce sujet avec toute la prudence dont je suis capable, et malgré qu'il n'ait plus le mérite du moment, comme durant le blocus continental, il est dans l'instabilité des choses humaines de ramener de temps à autre les mêmes embarras; il convient donc de présenter aux pauvres, de plus en plus nombreux, un remède efficace qui ne coûte rien, et aux enfans, un moyen de les guérir de la fièvre sans qu'ils s'en aperçoivent : d'ailleurs, il importe pour la science d'étendre, autant que possible, le domaine de la matière médicale, et d'écarter tout esprit de prévention du jugement que l'on doit porter au sujet de l'action des différens corps de la nature sur l'homme en santé et en maladie.

§. 1. *Action comparative de l'arsenic et du sublimé sur les humeurs animales.* L'arsenic se dissout parfaitement dans les humeurs animales et dans les matières alimentaires liquides, sans y produire aucune altération sensible. L'albumine même qui s'unit avec la plupart des sels métalliques, et qui forme avec eux des précipités, n'en produit aucun dans les dissolutions d'arsenic. J'ai observé que le cobalt a les mêmes propriétés, ce qui justifierait jusqu'à un certain point l'analogie que les anciens chimistes avaient pressentie entre ces deux métaux.

Une dissolution de sublimé corrosif, versée dans une eau

albumineuse, que ce soit du sérum du sang, ou du blanc d'œuf étendu, donne à l'instant même un précipité blanc floconneux, qui est composé d'albumine chlorotée et de muriate de mercure au minimum. La même décomposition a pareillement lieu en partie par la bile et par les autres humeurs digestives, et il se forme dans le mélange un précipité jaune-rouge, assez abondant, composé de matière animale et de muriate mercuriel. Une petite quantité de cette dissolution ne produit, à la vérité, d'abord aucun trouble dans le lait; mais si l'on attend quelque temps, ou si l'on ajoute de la dissolution, le lait se clarifie, et il se forme un coagulum blanc instantané. La même chose a lieu avec le bouillon, qui donne un précipité blanc, floconneux, et très-lourd, comme l'eau albumineuse. Le mélange de cette solution avec les substances alimentaires ou médicamenteuses, produit la même altération dans les deux composés. Il se précipite de suite dans le thé des flocons d'un jaune grisâtre, qui, par la dessiccation, deviennent pulvérulens et de couleur violette. Ces flocons sont composés de mercure doux, et de matière végétale altérée. Le vin rouge et la décoction de café sont pareillement altérés et décomposés par une certaine quantité de dissolution de sublimé.

Au contraire, un mélange de solution d'acide arsénieux, fait dans toutes les proportions, avec l'eau albumineuse et la gélatine, avec la bile, le mucus, la salive, le suc gastrique, le sang frais, et le lait, n'éprouve pas la moindre altération sensible. Il en est de même en faisant ce mélange avec du thé, du café, du vin, du bouillon, des décoctions de plantes. Les liqueurs mélangées, abandonnées à elles-mêmes, ne s'altèrent pas plus promptement que celles qui sont sans mélange. L'analyse chimique présente ensuite l'arsenic, avec les mêmes propriétés caractéristiques, sans qu'il ait éprouvé le moindre changement.

Il résulte de cet état de choses deux points très-importans : 1°. que l'arsenic est un poison par excellence, bien plus perfide que le sublimé, puisqu'il ne s'altère par aucun mélange, tandis que ce dernier est toujours en partie décomposé ; mais aussi, qu'il se laisse constamment reconnaître partout où il se trouve, ce qui est d'un grand avantage en médecine légale ; 2°. que les molécules arsénicales contractent une union assez étroite avec les humeurs animales, pour n'en altérer ni la couleur ni la consistance ; propriété qui, en même temps qu'elle fait de l'arsenic un poison bien plus actif, quand il est porté en quantité dans la circulation, le rend un médicament énergique, lorsqu'on l'introduit à de très-faibles doses, aux doses médicales.

Le sublimé et l'arsenic se comportent pourtant presque de la même manière, envers les solides privés de vie. L'un et l'autre ont la propriété de conserver les cadavres sans détruire leur tissu ; propriété qui, dans le sublimé, appartient au chlore, et que n'ont pas les autres sels mercuriels ; car le nitrate de mercure, qui est un des plus actifs, exerce de suite son action chimique destructive. Cependant je crois le sublimé plus conservateur que l'arsenic ; il raffermit davantage les tissus qui sont restés plongés dans sa solution, tandis que les solutions arsénicales leur conservent plus de mollesse. L'épreuve pratique qu'on donna aux quatre concurrens à la chaire que j'occupe, fut l'autopsie cadavérique d'un corps supposé mort de poison, l'analyse chimique des matières contenues dans l'estomac, et le rapport médico-légal subséquent. Les quatre cadavres se trouvèrent contenir dans l'estomac une forte solution d'arséniate de potasse, qu'on y avait mise depuis quelques jours. Ces estomacs étaient mous, mais bien conservés, et sans altération ; ce qui prouve que l'arsenic n'exerce aucune action chimique sur les corps morts.

§. 11. *Mode d'action de l'arsenic sur les organes vivans.* Considérons cette substance, et lorsqu'elle agit comme poison, et lorsqu'elle est employée comme médicament, puisque nous avons été témoins de ses effets dans l'une et dans l'autre occasions.

Quand l'arsenic a été donné malicieusement ou par mégarde, à la seule dose d'un grain, à une personne en santé, celle-ci ressent une saveur métallique difficile à décrire, mais insupportable, et, environ une heure après, elle éprouve un crachotement ou une envie continuelle de cracher; car l'arsenic porte, comme le mercure, aux glandes salivaires et à la bouche, où il produit facilement une phlegmasie et des aphthes. Nous dirons même avoir observé que plusieurs poisons végétaux, l'aconit entr'autres, produisent, au bout d'un certain temps, le même besoin de cracher, si commun dans toutes les névroses. Aussitôt après l'ingestion, le malade éprouve un poids sur l'estomac, et une douleur sourde, plutôt profonde qu'aiguë et pongitive, suivis de nausées, de rapports fétides et très-désagréables, de vomiturition, puis de vomissemens. Pareillement, les plus petites quantités de sublimé, même un sixième de grain, donnent au véhicule avec lequel elles sont avalées, une saveur très-désagréable, et que le malade reconnaît; tant la bonne nature a mis de sentinelles pour nous avertir du danger; mais cette saveur est moins nauséabonde, elle est austère et métallique. Pareillement aussi, dès que la liqueur est dans l'estomac, elle produit une sensation pénible; mais si, par la quantité, cette sensation devient douleur, celle-ci est plus aiguë, plus pongitive, plus déchirante, que dans le premier cas.

L'estomac et les intestins sont le plus souvent perforés, criblés, avec mortification de la membrane muqueuse, qui s'enlève facilement, sans qu'il y ait cependant aucun signe

d'une très-vive inflammation. Cette perforation a même quelquefois lieu quand l'arsenic n'est qu'absorbé dans une plaie. Le sublimé, au contraire, perfore moins souvent l'estomac, mais l'inflammation qu'il produit est plus vive; il altère et durcit tous les tissus qu'il parcourt, depuis l'œsophage jusqu'au cœcum.

Toutefois l'arsenic et le sublimé même ne laissent pas toujours dans les organes des traces de leur présence, principalement lorsqu'ils ont été introduits parfaitement dissous; ils sont quelquefois absorbés avec rapidité, et quand ils n'occasionent pas une mort prompte, ils ne produisent que les symptômes consécutifs à leur entrée dans les secondes et troisièmes voies, c'est-à-dire, dans les systèmes lymphatique et sanguin. Je crois pouvoir établir, d'après une masse de faits rassemblés, que les effets locaux ne sont pas toujours proportionnés à la quantité de poison qu'on a pris, et que le plus souvent, plus les symptômes généraux sont grands, moins les changemens organiques produits sont considérables. De petites doses d'arsenic et de sublimé, qui ne manifestent que lentement les effets généraux particuliers à chaque poison, occasionent des changemens organiques très-apparens dans l'estomac, tandis que de grandes doses tuent quelquefois soudainement, sans aucune trace d'inflammation. On conçoit, en effet, que la vie ayant été éteinte subitement par la propriété spécifique du poison, il n'y a pas eu un temps suffisant pour la manifestation des phénomènes inflammatoires. Dans ces sortes de cas, les souffrances du malade sont très-supportables, et même il ne les manifeste pas. Une jeune dame qui habitait une ville de la province où j'écris, se suicida, en l'année 1813, avec deux onces d'arsenic : on la trouva, quelques heures après, comme dormant tranquillement sur son lit, dans son attitude ordinaire, sans que ses gens se fussent aperçus de l'accident. L'au-

topsie fit découvrir dans l'estomac la cause de la mort, et il n'y avait dans ce viscère que quelques taches noirâtres. Le 26 juin 1817, j'assistai, par autorité de justice, à l'ouverture du corps d'une fille de vingt-huit ans, qui avait pris, le 22 de ce mois, une drogue pour se faire avorter; elle avait effectivement avorté le 24, et était morte le 25 au matin : son estomac contenait encore plus d'une demi-drachme d'arsenic, en gros grains; il était perforé, et l'utérus tout gangrené; cependant la fille n'avait pas beaucoup souffert, et il s'en fallait de beaucoup que ses angoisses eussent été proportionnées à la quantité de poison qu'elle avait avalée.

Lorsque les symptômes primitifs n'ont pas lieu, que l'arsenic est absorbé, et que le malade ne périt pas promptement, le poison, porté par la circulation sur la moelle épinière et dans les différens viscères, produit, outre des symptômes nerveux, diverses lésions organiques, principalement dans les poumons et le foie : la peau ne tarde pas à s'altérer dans sa couleur, à devenir jaune, et à se couvrir de taches livides : les organes de la respiration et de la voix sont particulièrement affectés, et le malade périt plus ou moins vite de fièvre hectique, ayant les principaux viscères frappés de sphacèle, ce qui était déjà annoncé de son vivant par la puanteur insupportable de l'haleine. Je ne sache pas que rien puisse arrêter les progrès de cette succession de maux qui commencent dès le premier jour de l'ingestion; et je me crois en droit de déclarer que s'il existe des poisons lents, dont les premières doses ne soient pas aperçues, ils sont étrangers à l'arsenic, substance dont la puissance est telle, qu'elle ne peut séjourner quelques heures dans le corps, sans commencer déjà ses ravages.

Il résulte de ces considérations que l'administration de l'arsenic à une personne saine, par quelque voie que ce soit, ne fût-ce qu'à la dose d'un grain, doit être considérée comme un

empoisonnement ; je fais mention de cette dose, parce que, dans une circonstance où j'avais donné à un de mes malades des pilules dites de Barton, composées d'un grain d'arsenic blanc, et de huit grains d'opium, le tout divisé en seize pilules, dont je faisais prendre une le matin, et l'autre le soir ; l'individu ayant eu l'imprudence d'en prendre neuf à la fois, fut attaqué, une heure après, de coliques d'estomac considérables, et d'un flux dysentérique qui dura huit jours et qui ne céda qu'à l'usage continué des adoucissans, en boisson et en lavemens (*voyez* mon Mémoire cité ci-dessus, p. 129). Or, si moins d'un demi-grain d'arsenic a pu produire des symptômes fâcheux chez un homme attaqué de la fièvre, et à qui il la *coupa*, que devons-nous penser de l'expérience que M. Bertrand, médecin au Pont-du-Château, nous apprend (dans son *Manuel médico-légal des poisons ingérés*, pag. 185 et 186) avoir faite sur lui-même « le 16 février 1813, à sept heures et demie du matin, en prenant à jeun cinq grains d'acide arsénieux dans un demi-verre d'une très-forte solution de poudre de charbon de bois, avec du sucre, et de l'eau distillée de tilleul? » Après quelques accidens très-légers, qui furent dissipés par plusieurs tasses d'infusion sucrée de fleur d'oranger, à dix heures et un quart, l'heureux expérimentateur ne ressentait plus la moindre sensation incommode ; il n'eut ni vomissemens, ni selles ; il dîna à midi comme à son ordinaire, et il se porta toujours bien dès-lors, puisqu'il a pu nous apprendre son histoire en 1817. Il est vrai que, malgré ces bons effets du charbon, il n'est plus question dans le livre d'une nouvelle tentative ; et, de bon compte, je crois que l'auteur a été prudent.

Si le métal dont nous parlons a l'affreuse propriété de donner la mort à tous les êtres qui composent le règne organique, les végétaux et les animaux, tant ceux à sang froid que ceux à

sang chaud, plutôt, comme il paraît, en anéantissant la puissance qui constitue la vie, qu'en produisant des lésions organiques partielles, dont la destruction de l'être vivant ne serait qu'un effet consécutif, il peut aussi servir à rétablir la santé, lorsqu'on l'introduit dans le corps petit à petit, et à de très-faibles doses. C'est ce que l'observation ne confirme pas moins que pour la première propriété. D'ailleurs, il est parfaitement connu qu'à part les virus et les venins, les poisons les plus actifs sont en même temps les remèdes les plus efficaces. Voyons comment l'arsenic agit dans cette condition opposée.

1°. L'observation la plus générale que nous ayons faite, en employant ce remède dans les fièvres intermittentes, a été qu'il agit comme excitant du système artériel, et qu'il entretient, pendant l'intermission, une plus grande fréquence du pouls qu'on n'a coutume de le remarquer dans les intervalles des accès; fréquence qui continue encore quelques jours après que la fièvre est totalement guérie. C'est ainsi que je l'ai vu agir chez mes malades traités à l'hôpital de Martigues. Cependant je dois dire que la chose ne se passe pas tout à fait ainsi à la Clinique interne de la Faculté de Strasbourg, dont le cours m'a été confié pendant l'absence du professeur titulaire : de deux fébricitans auxquels je donne encore en ce moment (mai 1818) l'arséniate de soude, l'un qui est un cordier, et qui était attaqué d'une fièvre quotidienne dont il avait déjà eu plusieurs accès chez lui, est sorti parfaitement guéri de l'hôpital, après avoir pris un grain de ce sel en seize doses, sans avoir présenté les caractères dont je parle; et l'autre, qui est une jeune femme, quoiqu'à la veille aussi de sa guérison, ne me les a offerts qu'après la vingt-quatrième dose. Mais jusqu'à ce que j'aie une plus longue expérience, je considérerai cette différence comme une anomalie qui tient peut-être à la différence des climats; Martigues étant un pays extrêmement sec, et Strasbourg, au contraire,

une contrée très-humide, où depuis un mois l'hygromètre de Saussure se tient constamment de soixante-dix à quatre-vingts degrés.

2°. Ce remède ranime le système digestif, rétablit l'appétit, et nettoie très-bien la langue, sans qu'on ait besoin de recourir ni aux évacuans, ni aux amers. C'est un fait sur lequel sont d'accord la plupart des auteurs qui ont parlé des propriétés fébrifuges de l'arsenic. Je l'ai constamment remarqué à l'hôpital de Martigues, ainsi que dans les autres lieux où j'ai mis en usage le médicament, et tous les étudians l'observent chaque jour avec moi à la Clinique de Strasbourg.

3°. Il agit sur les reins, et provoque la sécrétion et l'excrétion d'une très-grande quantité d'urine, ordinairement claire et blanchâtre. Quelquefois aussi il détermine une abondante transpiration, et même des sueurs assez copieuses; effets que j'ai observés dans tous les pays où je l'ai administré. Il est vraisemblable que le remède s'excrète par ces deux voies, et particulièrement par les urines.

4°. La respiration, loin d'être gênée, paraît au contraire devenir plus libre sous l'action des préparations arsénicales, et la perspiration pulmonaire est augmentée par elles. On ne saurait être surpris de cet effet, quand on considère que l'arsenic, ainsi que plusieurs autres substances, est nécessairement charrié dans la circulation pulmonaire; ce qui devient encore plus évident dans les empoisonnemens, où l'on voit, à l'autopsie cadavérique, les poumons constamment flétris et altérés dans leur tissu.

5°. Enfin, l'arsenic n'étant pas, plus que les autres métaux, susceptible de se changer en nos propres humeurs, après avoir été absorbé et être entré dans le sang, il circule avec lui comme corps étranger, et, de même que le mercure, il va stimuler tous les solides vivans, avant de ressortir par les voies excrétoires. Mais puisqu'on ne saurait refuser une

propriété spécifique au mercure contre certains virus qu'il a la vertu de détruire, ne se pourrait-il pas aussi que l'arsenic jouisse d'une semblable propriété ? Les virus sont intrinsèquement bien peu de chose, quoiqu'ils occasionent de si grands ravages par les altérations qu'ils produisent dans le jeu de tous les organes ; et les moyens qui détruisent ces virus sont eux-mêmes peu de chose aussi, si l'on n'a égard qu'à leur masse. Voyez comme quelques grains de sublimé suffisent pour guérir une syphilis bien établie ! L'arsenic, qui n'est pas sans quelque analogie avec ce poison, mais qui est plus actif encore, fait également disparaître plusieurs maladies, quoique n'ayant pénétré dans le corps qu'en quantité infiniment petite.

Je suis bien aise de fixer encore une fois l'attention du lecteur sur la différence entre le sublimé et l'arsenic : il faut dix-huit à trente-six grains du premier pour guérir la maladie principale contre laquelle on l'emploie ; un grain du second suffit pour guérir une fièvre tierce. Il est donc de tous les métaux celui qui agit le plus puissamment sur l'économie animale.

§. III. *Des maladies dans lesquelles l'arsenic est efficace.* Si nous voulions en croire plusieurs médecins anglais, allemands et américains, l'arsenic serait un remède infaillible contre un grand nombre de maladies. Voici un aperçu des cures opérées par ce moyen, et insérées dans les tomes VII, VIII, X, XV, XVI, XVII, etc., des *Annales de littérature médicale étrangère*, qui s'imprimaient naguère à Gand. Le docteur Fowler, qui a été un des premiers en Angleterre à faire usage de la fameuse solution qui porte son nom, ne l'employait guère que contre les fièvres intermittentes ; mais, depuis lui, on en a singulièrement étendu l'usage. M. Hill, chirurgien à Chester, dans un Mémoire *ex professo* sur l'utilité de ce remède, publié en 1808, après avoir parlé des succès du docteur Fowler, et invoqué l'autorité de Haygarth, qui déclare

qu'à petites doses l'arsenic est un remède sûr et utile contre la fièvre, recommande ce minéral dans la lèpre, la syphilis dégénérée, les ulcères phagédéniques, la migraine, le tic douloureux, la tendance à la diathèse cancéreuse, l'ophthalmie chronique, la paralysie des muscles de la face, le rhumatisme, les vers, et même comme pouvant être un préservatif du typhus; il déclare n'avoir aucune connaissance de la tendance aux obstructions du foie, à la phthisie, à l'asthme, et aux autres maux que les alarmistes ont imputés à l'arsenic employé comme médicament.

M. Thomas Morisson, chirurgien à Dublin, dit avoir guéri plusieurs ulcères vénériens par l'application de l'arsenic blanc combiné avec le précipité rouge, et plus sûrement qu'avec le mercure seul. M. Everard Home, dans ses *Observations pratiques sur le traitement des ulcères aux jambes*, fait un grand éloge des bons effets de ce minéral, employé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, contre les ulcèrees de toutes les parties du corps, dits *noli me tangere*. Le Rédacteur des *Annales* ajoute, en note, qu'il a aussi parfaitement réussi à guérir, de cette manière, des ulcères malins situés en différens endroits de la face.

Le docteur Willan, dans son excellent *Traité des maladies de la peau,* loue beaucoup la solution minérale de Fowler, dans les cas opiniâtres de lèpre, de lichen, de *prurigo*, de teigne; il assure qu'on peut l'employer avec sûreté, étant administrée prudemment; et on ne saurait, continue ce praticien, opérer la guérison en moins de six ou sept semaines, encore est-on parfois obligé d'y revenir. M. Thomas Girdlestone, médecin à Yarmouth, rapporte trois cas de lèpre, qui avaient résisté à tous les remèdes, même à la salivation mercurielle, et qui furent guéris sans retour par la solution minérale, d'abord à la dose de quatre à six gouttes par jour, puis en augmentant successivement jusqu'à celle de douze gouttes, trois

fois le jour. Il la recommande pareillement à l'extérieur, combinée avec de petites doses d'opium, pour empêcher les ulcères vénériens de s'étendre, lorsque le mercure n'y fait plus rien. Il affirme pareillement, après avoir donné le tableau des mauvais effets du remède lorsqu'il est mal administré, que, loin d'être nuisible, dans les circonstances les plus délicates, quand on le manie avec prudence, le docteur Beddoes lui avait rapporté devoir à la solution minérale la conservation d'un reste de famille de phthisiques, attaqués de consomption mésentérique. M. Kluyskens, rédacteur, ajoute en note, qu'il vient de guérir par la même solution, à la dose de huit gouttes, trois fois par jour, un délire mélancolique qui avait résisté à tous les autres remèdes.

Dans des *Réflexions sur l'usage de l'arsenic*, lues devant le Lycée médical de Philadelphie, en 1812, le docteur John Redman-Coxe, après s'être élevé contre le préjugé qui empêche de mettre en évidence les vertus médicales de ce métal, rapporte l'observation remarquable d'une dame, lépreuse depuis quatorze ans, qui, n'ayant tiré aucun avantage des remèdes les plus énergiques, a été enfin guérie par l'usage de la solution minérale, à la dose de cinquante gouttes, trois fois par jour, pendant deux ans et demi. Il y eut, sur la fin du traitement, cela de particulier, que quand l'affection fut sur le point de se dissiper, la malade ne pouvait plus supporter au-delà de cinq gouttes de la solution, trois fois le jour, sans éprouver une tuméfaction à la face, des nausées, la perte de l'appétit, une pesanteur dans les yeux et la tête, ce qui indiquait qu'il fallait cesser pendant quelque temps le remède. Le docteur Otto, de Philadelphie, a aussi publié, dans le même temps, trois faits de dartres opiniâtres qui avaient résisté au soufre, à l'antimoine, au sublimé et à la salivation, et qui ont cédé à ce remède. Deux ans après la guérison, il n'y avait pas la moindre apparence de retour de la maladie, ni

d'aucune conséquence fâcheuse de l'action du médicament.

M. Leadbrator parle de plusieurs cas de spasmes périodiques guéris au moyen de la teinture arsénicale masquée par l'eau de cannelle ; et M. Hill, déjà cité, rapporte des cas d'épilepsie, d'hypocondrie, de palpitations du cœur, et autres maladies périodiques, guéris par le même remède, combiné avec le musc, les gommes fétides, les carminatifs. Le docteur Royston, dans son Rapport sur les progrès de la médecine en Angleterre pendant le deuxième semestre de 1812, dit : « Que les exemples des effets curatifs de l'arsenic dans les maux de tête périodiques obstinés, sont assez nombreux pour établir son efficacité contre cette maladie ; que quoique les vertus du métal ne soient pas aussi bien constatées contre l'épilepsie, il croit être agréable à ses lecteurs, en leur apprenant que deux fois la liqueur arsénicale a guéri l'épilepsie invétérée. »

Dans les *Rapports médicaux d'expériences et d'observations, etc.*, publiés à Londres en 1807, le docteur Samuel Argent Bardely, médecin de l'hôpital de Manchester, considère l'arsenic comme un remède très-puissant dans le rhumatisme chronique ancien, où les puissances vitales sont beaucoup diminuées, et où les extrémités des os, le périoste, les capsules et les ligamens articulaires sont partiellement affectés. Il cite trois cas en faveur, dont deux ont été observés par lui-même, et le troisième lui a été communiqué, et il ajoute qu'un médecin de Dumfrieshire emploie pareillement l'arsenic avec succès, dans le rhumatisme rebelle. Cet auteur nous apprend encore que, dans le même hôpital, on emploie avec beaucoup de succès la solution minérale contre les maladies cutanées ; toutefois il recommande de ne pas en continuer trop long-temps l'usage, parce qu'il a cru s'apercevoir que, comme les préparations de plomb, l'arsenic s'accumule dans l'économie animale, et produit à la fin des effets très-fâcheux, tels

8.

que des tranchées, des vents, et des paralysies des membres. (J'observerai, relativement à ces accumulations de métaux dans quelque partie du corps humain, dont les auteurs anglais font mention de temps à autre, et que l'opinion vulgaire a toujours admises relativement au mercure, que je suis forcé de croire à leur possibilité, puisque nous avons, au Musée de notre Faculté, un crâne de vérolé qui est tout criblé et rempli de globules mercuriels ; mais je pense en même temps que ces cas sont extrêmement rares.) Dans une *Dissertation sur l'usage de l'arsenic blanc dans le cancer*, le docteur Simmons rapporte quelques faits constatant que la solution minérale, prise à la dose de douze gouttes, trois fois par jour, a diminué les douleurs et favorisé la cicatrisation du cancer ulcéré. Enfin, dans un rapport sur des essais très-nombreux faits dans les hôpitaux de Gand pour constater les propriétés des substances proposées pour remplacer le quinquina, on avoue solennellement que l'arsenic (la solution de Fowler, donnée à la dose de douze gouttes matin et soir) a été trouvé un des meilleurs des fébrifuges connus, pouvant égaler le quinquina, et souvent même le surpasser ; qu'on l'a employé avec succès, non-seulement dans les fièvres simples, mais encore dans toutes les complications d'obstructions et d'hydropisie avec la fièvre, et dans les migraines périodiques (*Annales* citées ci-dessus, tom. VII, pag. 374 et suiv.). *Voyez*, pour l'usage très-répandu qu'on fait de ce remède en Allemagne, l'ouvrage *ex professo* du docteur Harles, médecin à Erlau (Chrétien-Frédéric Harles, *De Arsenici usu in medicinâ. Noriberg.*, 1811).

En soumettant au creuset de la froide raison toutes les propriétés attribuées à l'arsenic, sans les admettre indistinctement, et sans les rejeter non plus entièrement, nous allons exposer à nos lecteurs ce que nous avons trouvé de plus constant

dans les effets de cette substance employée comme remède ; en ne leur dissimulant pas les cas dans lesquels ces effets ont manqué ; car, nous ne travaillons point pour une vaine gloire, ou pour le succès d'un parti ; il est dans nos fonctions et dans notre caractère de dire la vérité, et de la dire toute entière.

1°. La propriété la plus manifeste, et qu'il est impossible de contester à ce remède, consiste à guérir les fièvres d'accès. Il serait curieux de savoir par quel hasard cette propriété a été connue ; mais il paraît que la découverte en est très-ancienne ; peut-être a-t-elle été faite par les mineurs employés dans les mines d'étain, d'argent, et autres métaux dont l'arsenic est l'un des minéralisateurs, en Saxe, en Bohême et en Angleterre. Nous lisons dans l'ouvrage de M. Harles, et dans les *Actes de l'Académie des curieux de la nature*, où, au milieu de l'improbation générale que les auteurs des observations donnent à l'emploi de ce métal, ils nous apprennent cependant que, vers le commencement du siècle dernier, il y avait, dans les provinces de Prusse et de Saxe, des chirurgiens qui ne se servaient que de lui pour traiter les fièvres intermittentes, et qui se vantaient même d'en avoir déjà consommé plusieurs livres ; nous lisons, dis-je, que cet usage est immémorial : or, quelles qu'aient été l'audace et l'ignorance de ces chirurgiens, il n'est pas vraisemblable qu'ils se fussent opiniâtrés à se servir toujours du même moyen, s'ils n'avaient pas réussi, *et à fortiori*, s'il en était résulté de fréquens accidens.

2°. Par une conséquence de cette efficacité dans les fièvres d'accès, on peut dire que l'arsenic jouit d'une sorte de propriété spécifique dans tous les maux à type périodique, et où le quinquina serait indiqué. Indépendamment du témoignage des auteurs nommés ci-dessus, je suis porté à cette croyance par ma propre expérience, et l'on peut voir, dans l'ouvrage que j'ai publié à Marseille, des relations de maladies périodiques

guéries par les préparations arsénicales, quoiqu'elles ne fussent pas accompagnées de fièvre.

3°. Dans les maladies cutanées, la lèpre, et les dartres rebelles, aux témoignages respectables que je viens de rapporter, j'ajouterai encore ici le mien. On peut lire, dans la dix-huitième observation de mon Mémoire, les grands avantages qu'a retirés de ces préparations le nommé Simon Farain, de Vitrolles, issu d'une famille lépreuse, et lui-même entaché de la lèpre. Depuis lors, j'ai eu l'occasion d'employer quatre fois l'arsenic contre des dartres rongeantes qui avaient résisté durant plusieurs années aux traitemens méthodiques, à l'antimoine et au mercure. La première fut celle d'une demoiselle de Strasbourg, ouvrière en modes, âgée de trente ans, qui avait perdu ses règles à l'âge de vingt-deux, et qui était attaquée d'une dartre vive, avec suppuration ichoreuse à l'avant-bras et aux doigts indicateur et médius de la main droite. Après avoir répété plusieurs moyens déjà employés par d'autres médecins, je me décidai à faire usage des pilules arsénicales, décrites dans le second volume des *Recherches asiatiques*, avec lesquelles les médecins indous, et à leur exemple les Anglais transplantés dans la presqu'île de l'Inde, assurent avoir guéri les maladies de la peau les plus hideuses. Je donnai d'autant plus volontiers la préférence à ces pilules, dont on verra la formule à l'article suivant, que je croyais le poivre, qui entre dans leur composition, très-indiqué pour rétablir les règles chez la malade, qui était d'un tempérament froid et lymphatique. Après avoir, par excès de précaution, nettoyé les premières voies au moyen d'une solution de sulfate de magnésie, je fis prendre d'abord une seule de ces pilules pendant quelques jours, puis deux, terme auquel je m'arrêtai pendant tout le traitement. A la cinquantième pilule, le mal était déjà diminué de moitié, et la dartre avait entièrement disparu à la centième

pilule, sans que les règles se fussent rétablies, et que la personne eût éprouvé la moindre indisposition. Ce fut au mois d'avril 1814 que le traitement commença, et il fut terminé au mois de juin. Comme toutefois la maladie, dans les années précédentes, avait diminué tous les étés, pour s'aggraver de nouveau au printemps, je prescrivis cent autres pilules pour les mois de novembre et de décembre suivans; et nous eûmes la satisfaction, la malade et moi, de ne plus voir reparaître la dartre au printemps suivant. Jusqu'aujourd'hui cette demoiselle a continué de se bien porter, sans être en aucune manière menstruée.

La seconde observation a eu pour objet une femme de trente-six ans, épouse d'un capitaine prisonnier en Russie, obligée de gagner péniblement sa vie, ayant la respiration gênée, une menstruation très-irrégulière, et les mains couvertes d'une dartre écailleuse, qui l'obligeait de travailler avec des gants. Cette malade, d'un teint altéré et d'un tempérament très-bilieux, avait aussi essayé infructueusement toutes sortes de remèdes. Les premiers effets des pilules furent de régulariser la menstruation, de rendre la respiration plus libre et le teint plus clair; mais les dartres n'avaient pas changé, quoiqu'il y eût déjà eu près de cent pilules de prises. J'ordonnai de continuer, et au bout d'un mois je fus prié de visiter cette dame, que je trouvai attaquée d'une fluxion de poitrine, avec fièvre et crachement de sang; en même temps la dartre avait disparu, et les mains étaient parfaitement nettes. Je traitai cette nouvelle maladie, qui céda au bout de huit jours à l'usage des adoucissans, et je fis suspendre l'arsenic pendant un mois. Après ce terme, la dartre s'annonçant de nouveau, la malade reprit son remède, et à la deux cent cinquantième pilule ses mains étaient comme dans l'état naturel, à part un peu plus de rudesse à la peau. Elle partit de Strasbourg sur la fin de 1816, jouissant d'une bonne santé, pour aller rejoindre son mari rentré en France, et je n'en ai plus eu de nouvelles.

Le troisième cas est celui d'un jeune avocat qui, voulant se marier, m'était venu consulter au printemps de 1815, pour une dartre vive qui occupait la partie interne et antérieure des deux cuisses et des deux jambes. Pouvant y avoir quelque doute, d'après ses réponses, sur un reste de virus acquis, j'employai, mais en vain, pendant six mois, diverses méthodes de traitement, parmi lesquelles les mercuriaux et les antimoniaux ne furent pas négligés. Il y eut de l'amélioration sur la fin de l'été; mais, dans l'hiver de 1816, le malade revint chez moi, désolé, et dans un état pire. J'eus recours alors aux mêmes pilules, dont le jeune homme fit usage pendant quatre mois sans interruption, et à la fin de juin de cette année 1816, il se trouvait entièrement guéri, sans aucune incommodité, après des sueurs et des urines abondantes pendant trente à quarante jours.

La quatrième observation est celle d'un commissionnaire âgé de dix-huit ans, que je traite encore à la Clinique interne de la Faculté, qui déjà a été infecté deux fois de la syphilis, pour laquelle il a passé aux remèdes, et qui est entré couvert de dartres humides, enflé de tout le corps, la respiration gênée, la poitrine rendant un son mat, et la langue froide et décolorée. De bons alimens, la tisane d'orge avec une once d'oxymel scillitique sur deux livres de liquide, et l'arséniate de soude administré deux fois par jour, ont suffi pour amener une diaphorèse salutaire, et un flux d'urine très-copieux, qui ont dissipé l'enflure, et rétabli l'organe respiratoire : les dartres sont pansées uniquement avec de la charpie trempée dans la solution d'arséniate, et elles marchent vers la guérison avec une rapidité étonnante. Les urines de ce malade ont été examinées aux leçons des 22, 23, 24 et 25 mai, à sept heures et demie du matin, pour voir si elles donnaient déjà des traces d'arsenic, au moyen du nitrate d'argent et d'une solution aqueuse de gaz hydro-sulfurique : elles étaient citrines de leur nature ;

l'un et l'autre réactif ont produit de suite un précipité nuageux, d'un blanc un peu orangé, et la couleur jaune de l'urine a été augmentée ; ce qui prouve que cette urine contient déjà des traces d'arsenic, quoique le sujet n'ait encore pris qu'un grain d'arséniate de soude.

Des gens de l'art à qui j'avais conseillé d'essayer ce moyen dans les mêmes cas, m'ont écrit en avoir obtenu également des succès ; mais comme je n'ai pas été témoin de leurs expériences, je me bornerai à ce que je viens de rapporter.

Relativement au cancer, j'ai essayé l'arséniate de soude et les pilules ci-dessus, chez la femme d'un tailleur qui avait un horrible cancer aux mamelles ; mais bientôt j'ai été forcé de renoncer à mon entreprise. Dernièrement encore, à la Clinique, j'ai fait prendre intérieurement de légères doses d'arséniate de soude, et j'en ai fait injecter par le vagin, dans une décoction émolliente, puis narcotique, à une pauvre femme qui a un ulcère carcinomateux au col de l'utérus, avec cachexie générale ; il en est résulté un redoublement de l'hémorragie, et des douleurs. Que peut-on en effet attendre des remèdes généraux, dans un corps déjà tout imprégné du vice cancéreux ? et ne doit-on pas penser, lorsque des auteurs affirment avoir guéri des cancers par des spécifiques, qu'ils ont eu à faire à des tumeurs qui n'étaient pas cancéreuses, et qu'ils ont confondues avec le véritable cancer, d'après l'ancienne idée que toute inflammation pouvait se terminer par le squirre ou cancer non ulcéré ; idée renversée par les progrès de l'anatomie pathologique, qui démontre què les tumeurs de cette nature sont d'une organisation bien différente de celle des simples indurations. Ce qui me prouve que cette erreur a été commise dans tant de prétendues guérisons de cancers, même opérés, c'est que j'ai vu beaucoup de malades qu'on avait déjà préparées à subir, ou l'application d'un caustique, ou l'opération, et qui n'avaient au sein que des glandes engorgées, dont de simples fomenta-

tions émollientes et résolutives, aidées d'un régime convenable, procurèrent la guérison.

Je ne dois pas non plus laisser ignorer que malgré leur propriété bien évidemment fébrifuge, les préparations arsénicales ne guérissent cependant pas toujours la fièvre. D'abord, elles réussissent moins dans les fièvres du printemps que dans celles d'automne; en second lieu, je les ai trouvées beaucoup plus efficaces dans les contrées marécageuses du midi de la France, que dans les climats plus froids. Ayant vu l'arséniate de soude établi à la pharmacie de l'infirmerie du château de Valençay, dans le Berry, où les princes d'Espagne avaient ordonné qu'on donnât des conseils aux pauvres de la contrée, et qu'on leur distribuât des médicamens, j'ai eu de fréquentes occasions d'y mettre ce remède en usage, et sur dix fièvres j'étais obligé d'en terminer cinq par le quinquina, ce qui ne m'était pas arrivé à l'hôpital de Martigues. Je vois aussi à Strasbourg qu'il faut prolonger beaucoup plus qu'aux Martigues l'usage de ce remède, pour venir à bout d'une fièvre. Cela dépend-il de la différence des causes de la fièvre intermittente, qui certes n'est pas toujours nécessairement et uniquement produite par les miasmes marécageux, ainsi que quelques écrivains voudraient l'insinuer? ou bien faut-il des préparations plus fortes, la solution de Fowler, etc., aux gens d'un pays plus froid? Je ne veux pas alonger davantage mon Mémoire, pour discuter cette question.

On verra bien, j'espère, par là, que je ne suis pas plus enthousiasmé de ce remède que d'un autre: si j'en parle, c'est pour dissiper des préventions injustes, et ne pas laisser rayer de la matière médicale un moyen simple, qui ne coûte rien, ou tout au plus un centime par prise, et qui, dans l'occasion, en vaut bien un autre qui serait très-coûteux. Nous sommes aujourd'hui trop éclairés pour croire qu'il y ait des remèdes pour guérir tous les maux, et qui ne manquent jamais leur effet:

certes, un médecin de nos écoles actuelles aurait honte d'annoncer, sur le titre de ses ouvrages, un moyen pour guérir radicalement la goutte, la rage, l'épilepsie, etc., comme le faisait encore Pierre Dessault, médecin d'ailleurs estimable de Bordeaux, dont on vient de publier l'éloge. Chaque siècle a ses mœurs : le nôtre a mesuré les personnes et les choses, et n'est pas disposé à excuser l'enthousiasme.

§. IV. *Des diverses préparations arsénicales.* Comme nous l'avons déjà dit, quelle que soit la forme sous laquelle on administre l'arsenic, rien ne peut l'altérer; il est toujours poison, si on le donne en trop grande quantité et dans l'état de santé; et il exerce les mêmes propriétés médicales, s'il est donné aux doses convenables, dans les cas de maladie où il peut être indiqué. Je ne connais qu'une seule combinaison dans laquelle ce métal perde de sa force; c'est à l'état d'orpiment ou de réalgar naturels; mais l'art, dans la préparation des divers sulfures d'arsenic, n'est pas encore parvenu à imiter la nature, ce qui fait que le soufre et les sulfures alcalins sont regardés avec raison comme des contre-poisons auxquels on ne doit pas se fier.

Cependant, je trouve que l'on a ajouté, de tous les temps, des substances aromatiques aux préparations arsénicales, peut-être dans l'intention d'en corriger les propriétés malfaisantes; mais il faut qu'on renonce à cette prétention, et qu'on ne considère cette addition, qu'il est bon de continuer, sans qu'elle soit essentielle, comme ajoutant à la propriété excitante du métal, comme propre à masquer le goût et la couleur de ses dissolutions, et quelquefois même pour parler à l'imagination de certains malades, qui ne se croient pas médicamentés si les remèdes qu'ils prennent ne sont pas très-amers. L'addition de l'opium peut aussi avoir son utilité, dans les cas de spasmes et de très-grande sensibilité nerveuse. Le point le plus essentiel, selon moi, est celui de bien doser le médicament, de ma-

nière à n'en donner précisément que la quantité jugée convenable : c'est ce qu'il est facile de faire avec l'arséniate de soude, et avec l'arsenic blanc en pilules, et ce qui ne peut pas avoir lieu avec la solution minérale de Fowler, et avec ce qu'on appelle l'arsénite de potasse. Je vais succinctement donner la formule des préparations les plus employées.

La plus ancienne est celle dont je viens de parler, et qui porte le nom de Fowler, quoique très-antérieure à ce médecin. On la prépare comme il suit. Prenez : arsenic blanc réduit en poudre très-fine, et carbonate de potasse purifié, de chaque, soixante-quatre grains ; eau distillée, une demi-livre ; mettez à digérer au bain de sable dans un matras, jusqu'à ce que l'arsenic soit dissous ; alors laissez refroidir, puis ajoutez une demi-once d'esprit de lavande, et de l'eau distillée une demi-livre plus ou moins, de manière que toute la solution ne soit que d'une livre, c'est-à-dire de quinze onces et demie, qui forment la livre anglaise.

Il résulte de ces proportions, que l'once de la solution minérale contient, soit quatre grains d'arsenic, soit huit grains d'arsénite de potasse. En supposant qu'elle donne huit cents gouttes, mesure toujours très-inégale, et qu'on en fasse prendre pour les fièvres, ainsi que cela se pratique, douze gouttes, trois fois par jour, les quatre grains seraient consommés en vingt jours : si l'on augmente la dose, comme nous l'avons vu précédemment, et qu'on la porte à cent cinquante gouttes par jour, les quatre grains sont employés dans six jours ; progression trop hardie, et que je ne conseillerai jamais d'imiter.

La préparation dont le docteur Boullier, cité ci-dessus, a constamment fait usage, est, à peu de chose près, la même que la solution de Fowler ; seulement, au lieu de soixante-quatre grains de chaque, d'arsenic blanc et d'alcali, sa formule n'en contient que cinquante-quatre, et au lieu d'esprit de lavande, on y ajoute de l'esprit d'angélique composé ; mais la

masse entière ne doit peser que douze onces, au lieu de quinze et demie. Un gros de cette solution contient deux tiers de grain d'arsenic, et M. Boullier dit que cette dose a été administrée par jour, par quelques médecins, et qu'il en est résulté des accidens; quant à lui, sa dose ordinaire était de douze gouttes étendues dans un gros d'eau distillée, ce qui fait un neuvième de grain par jour : il a été parfois jusqu'à vingt-quatre gouttes, et ne s'est que très-rarement permis d'aller jusqu'à trente-six. Par cette prudente réserve, jointe à quelques autres précautions, et à une attention religieuse dans l'observation des malades, ce médecin a eu des succès réels, sans éprouver les revers dont on accuse cette médication. J'ai dit dans mon Mémoire (pag. 109) que le degré d'oxidation de l'arsenic blanc, ou acide arsénieux, étant très-variable, ses degrés d'affinité, de combinaison, et même de dissolution dans l'eau pure, devaient extrêmement varier; la potasse elle-même, combinée avec un acide imparfait, s'en détache facilement dans l'eau de la dissolution, pour subir une combinaison nouvelle; ce qui doit rendre la solution minérale ordinaire une préparation très-peu sûre. On lit dans un Mémoire de M. Pourcelot, sur les propriétés médicales de l'arsenic, inséré dans le tome XXXIV du *Journal général de médecine*, que les sujets de la première et troisième observation, qui usaient de la combinaison de l'arsenic blanc avec la potasse, eurent des coliques, des nausées et des selles abondantes, et qu'on prévint dans la suite par l'addition du laudanum. La même chose vient d'arriver à la Clinique par la même préparation. J'avais prescrit de l'arséniate de soude à deux malades; ils éprouvèrent, à la première dose, des douleurs et des pesanteurs d'estomac, qui se renouvelèrent à la seconde dose. Surpris d'un accident qui ne m'était pas encore arrivé, je remontai à la source, et je vis qu'on leur avait donné de l'arséniate de potasse, formant une solution blanchâtre, et qui avait précipité : je fis substituer aussitôt

de l'arséniate de soude, et nous n'éprouvâmes plus aucun inconvénient. L'arsenic, en effet, lorsqu'il est devenu parfaitement acide, ne varie plus dans ses préparations, et, combiné avec la soude, dont il se sature entièrement, et qui, d'après des observations faites à l'Institut polyclinique de Berlin, aurait elle-même quelques propriétés fébrifuges, il en résulte un sel neutre parfait qu'on peut graduer à volonté, et dont les proportions d'arsenic sont toujours les mêmes. Je mets actuellement un grain de ce sel dans seize onces d'eau distillée, dont je fais prendre une once matin et soir, c'est-à-dire un huitième de grain de sel neutre, ce qui fait environ un vingt-quatrième d'acide arsénique, eu égard à la soude et à l'eau de cristallisation; dose qui, continuée pendant huit à dix jours, suffit très-bien pour guérir la fièvre, si la fièvre doit céder à ce moyen. Je renvoie, pour la préparation de l'arséniate de soude, à la page 113 de mon Mémoire, où l'on en trouvera la formule, qui a été ensuite insérée dans un des Bulletins de pharmacie, de 1811 ou 1812.

Benjamin Barton, médecin des Etats-Unis, a beaucoup employé la composition suivante, dont je me suis pareillement servi. Prenez : arsenic blanc, un grain; opium, huit grains; savon blanc, quantité suffisante pour faire seize pilules, dont on fait prendre aux adultes deux par jour, une le matin, et l'autre le soir, durant l'apyrexie; et une seulement aux enfans, divisée en deux. On donne, par ce moyen, un huitième de grain d'arsenic par jour, et il est rare que les seize pilules ne suffisent pas. Je préférerais encore cette préparation à l'arséniate de potasse, parce qu'on sait ce que l'on donne; néanmoins je l'ai peu employée, me fiant davantage à l'arséniate de soude, avec lequel je n'ai jamais éprouvé d'accidens.

Voici la composition des pilules que j'ai employées contre les maladies de peau, et que j'ai nommées *pilules asiatiques*, en l'honneur de l'ouvrage où j'en ai puisé la formule, et du

pays où elles sont en vogue : Prenez arsenic blanc récent, cent cinq grains ; poivre noir, six cent trente grains ; pilez dans un mortier de fer, pendant quatre jours, par intervalles ; lorsque le mélange est réduit en poudre impalpable, mettez-le dans un mortier de marbre ; ajoutez-y de l'eau par degrés, jusqu'à former une masse pilulaire. Faites-en des pilules au nombre de huit cents, qu'il faut conserver à l'ombre dans un lieu sec, et dans une bouteille de grès. On ne donne d'abord qu'une de ces pilules par jour, puis on en administre deux, une le matin, l'autre le soir, sans dépasser ce nombre. Il paraîtrait que ce moyen est plus énergique que l'arséniate contre les maladies rebelles, et je vais le mettre en usage sur un pauvre Juif qu'on vient de me montrer, couvert par tout le corps d'une lèpre hideuse, bien digne des précautions que Moyse avait prescrites contre cette maladie.

§. v. *Des précautions à prendre dans l'administration des préparations arsénicales.* Les remèdes les moins suspects, après avoir fait du bien, finissent ou par devenir nuls, ou par causer divers dérangemens, si l'on s'opiniâtre à les continuer trop long-temps, ou à dépasser le terme convenable : l'arsenic se trouve à plus forte raison dans ce cas. Les symptômes annonçant qu'il nuit, sont, des nausées, la douleur, et une sensation de constriction à l'estomac, des horripilations, la soif, la langue et la gorge sèches et pâteuses, enfin des sensations, partout le corps, d'une nature difficile à décrire. Chez les enfans qui sont incapables de rendre compte de ce qu'ils éprouvent, on s'aperçoit des mauvais effets du médicament, par les nausées qu'il leur cause bientôt après l'avoir pris, par la pâleur des lèvres, la somnolence, la moiteur de la peau, enfin les vomissemens ou le dévoiement qui en résultent.

Il est deux cas dans lesquels je crois dangereux d'administrer cette substance ; celui où il y a orgasme ou sur-excitation des systèmes artériel et nerveux, et celui où il y a déjà une

grande faiblesse. Dans le premier cas, on ne ferait qu'augmenter l'irritation, et d'intermittente, la fièvre deviendrait continue, comme j'en ai donné des exemples dans mon Mémoire. Dans le second cas, il est digne de remarque que la fièvre qui se montre sous l'apparence périodique n'est très-souvent que le symptôme du dernier degré de l'altération d'un organe, et l'on ne ferait alors qu'accélérer la mort du malade. Bien entendu aussi, qu'il ne faut pas se fier au remède quand la fièvre est accompagnée d'un symptôme dangereux qui ferait périr le malade si on ne se hâtait pas de *couper* la fièvre.

Nous lisons dans le *Journal général de médecine*, mars 1817, que M. Ebers a vu survenir, chez des malades qui n'avaient pas pris même un grain d'arsenic, des affections organiques du bas-ventre, des hydropisies, des fièvres lentes, etc., ce qu'il attribue à l'usage des préparations arsénicales, que, par conséquent, il veut qu'on bannisse de la pratique de la médecine. Nous sommes en droit de penser, ou que ce médecin a fait le raisonnement si souvent fallacieux, *post hoc, ergo propter hoc;* ou que le médicament a été employé dans des cas où il était contre-indiqué, ou qu'on l'a donné à trop forte dose, à celle, par exemple, d'un quart ou d'un demi-grain de substance métallique à la fois. Pourquoi, en effet, au milieu de tant de centaines d'observations, n'aurais-je pas aussi éprouvé quelque événement semblable, qui certainement, loin de m'engager à défendre ce médicament, m'aurait rangé bientôt au nombre de ses proscripteurs?

Enfin, un point essentiel consiste à ne pas s'opiniâtrer à continuer le médicament, lorsqu'on ne s'aperçoit d'aucune amélioration pendant son usage, à savoir l'interrompre à propos, et surtout à ne pas en augmenter successivement la dose, dans l'idée qu'on n'en donnait pas de suffisantes quantités; car, je le répète encore, c'est moins par sa quantité que par ses qualités propres que l'arsenic exerce des propriétés médicamen-

teuses spécifiques. Ce n'est peut-être que pour avoir négligé ces différens points de pratique, ainsi qu'un bon choix des préparations, que quelques médecins qui ont vu, et qu'un plus grand nombre d'autres qui n'ont rien vu, ont parlé d'accidens graves qui, selon eux, ont coutume de se manifester au bout de quelques mois. Tous ceux qui ont suivi ma pratique dans les hôpitaux, et qui la suivent encore, savent que, dans les fièvres, j'abandonne l'arséniate de soude dès que le malade en a consommé deux grains, pour terminer la maladie par le quinquina : c'est ce qui fait que je n'ai rien observé de fâcheux, et que j'ai le plaisir, depuis neuf ans, de voir mon épouse jouir d'une parfaite santé, quoique, en 1809, je n'aie pu la guérir que par ce moyen (*voyez* la cent dixième observation de mon Mémoire). Or, si ce remède, ainsi administré, est un poison lent, il faut convenir qu'il partage la propriété de ne tuer qu'après avoir laissé vivre long-temps et agréablement, avec le café, que de bonnes gens ont aussi décoré de ce nom, et avec la vaccine, au sujet de laquelle les mêmes bonnes ou sottes gens vous disent encore : *attendez ! attendez !*

F. E. FODERÉ.

Depuis que le Mémoire ci-dessus a été envoyé, j'ai continué l'emploi des préparations arsénicales à la Clinique interne de la Faculté de Médecine de Strasbourg. Voici quels sont les résultats :

L'arséniate de soude, donné à un jeune homme après son sixième accès de fièvre tierce, a *coupé* la fièvre au huitième jour.

Le même médicament fut administré à une jeune fille atteinte de fièvre tierce. La fièvre était réduite à peu de chose au douzième jour, sous l'influence du remède; mais la malade étant pressée de guérir, j'ai terminé par une once de quinquina.

Deux ouvriers attaqués de dartres, ont été guéris par ce seul médicament, employé à l'intérieur et à l'extérieur.

Une fille que j'avais traitée du tænia, et qui prit ensuite, dans les salles, une fièvre quotidienne, est sortie parfaitement guérie par l'arséniate de soude.

Une femme et un homme attaqués d'œdème, et chez qui les urines coulaient difficilement, ont été évidemment soulagés par ce remède, et les urines ont reparu en abondance.

Je l'ai fait prendre comme adjuvant à un homme attaqué d'une syphilis ancienne, déjà usé par le mercure, et que j'ai traité par la méthode de Clarke; l'arséniate, dont ce malade a pris environ quatre grains, a été ici très-avantageux, et il a produit des urines critiques en abondance. Cet homme est sorti de la Clinique, bien rétabli, du moins en apparence.

Ayant obtenu de l'Administration des hospices un local plus vaste et des lits plus nombreux, pour traiter des épileptiques et des convulsionnaires, je fais prendre, depuis vingt jours, à deux hommes épileptiques, et à une femme atteinte de la même maladie, des *pilules asiatiques*, à la dose de deux par jour. Ces malades se portent bien, et les accès, chez la femme, sont déjà visiblement retardés. Je continuerai jusqu'aux vacances, et je rendrai compte des résultats.

Le 30 juin, le lendemain du jour où j'avais démontré par la pratique, dans mon cours de médecine-légale, les moyens de reconnaître l'arsenic, je répétai à la Clinique, sur les urines de ces épileptiques, les mêmes expériences que j'avais faites la veille; et tous les élèves virent avec étonnement que les choses se passaient de même, surtout avec l'eau chargée de gaz acide hydro-sulfurique. Donc, l'arsenic passe dans le sang, et est charrié par les urines.

Maintenant je soumets encore deux fiévreux à l'action du médicament : aucun accident ne m'est arrivé jusqu'ici.

F.

CONSIDÉRATIONS *et Observations sur l'apoplexie.*

(Premier article.)

Conformément aux intentions émises dans le *Prospectus* du Journal, ce travail est destiné à servir de supplément à l'article *Apoplexie* du *Dictionaire des sciences médicales* [1], article peu étendu, et qui d'ailleurs, imprimé en 1812, ne se trouve plus au niveau de nos connaissances : on sait en effet que des recherches d'anatomie pathologique, publiées en 1814, ont répandu un nouveau jour sur la théorie de la maladie dont il s'agit, et sur les moyens admirables que la nature emploie pour dissiper l'épanchement sanguin qui l'accompagne. On se doute bien qu'un travail composé dans l'intention d'en compléter un autre, ne portera point sur toutes les parties du sujet auquel il se rattache : le nôtre aura donc pour but de remplir les lacunes que peut offrir l'article *Apoplexie* du *Dictionaire*, et surtout de faire connaître les recherches qui ont été publiées postérieurement à cet article. Nous nous proposons en outre de publier, dans l'un des prochains cahiers, comme une suite de ces considérations, un Mémoire sur les connexions des anévrysmes du cœur avec l'apoplexie.

Histoire de l'apoplexie. -- L'histoire de l'apoplexie est une preuve des erreurs nombreuses dans lesquelles est tombé l'esprit humain toutes les fois qu'il a voulu, sans prendre l'observation pour guide, expliquer les phénomènes les plus cachés de l'économie animale. Plusieurs médecins de l'antiquité n'ont vu, dans la maladie dont il s'agit, qu'une érosion des parties internes du cerveau. Arétée, ce grand peintre de la médecine antique, ordinairement si sobre d'explications, la croyait due à une stagnation subite du sang, ou à un refroidissement

[1] Par Lullier-Winslow : tom. II, pag. 239.

de ce fluide. Galien la faisait dépendre de l'opplétion subite des ventricules du cerveau par une humeur froide et mélancolique. Avicenne et beaucoup d'autres, qu'il serait trop long de nommer, ont émis, sur l'apoplexie, des idées non moins bizarres. Toutes ces théories, qui constituent la première époque de son histoire, furent créées avant qu'on cultivât l'anatomie humaine. Lorsqu'on se fut mis à chercher, dans les dépouilles mortelles de l'homme, la nature et les causes des lésions nombreuses dont il est la victime, l'apoplexie fut regardée comme l'effet de la cessation du mouvement des esprits animaux ou vitaux, ainsi qu'on peut le voir dans les ouvrages de quelques anatomistes, tels que Turritanus, Berengarius, Leonardus Jacquinus, Petrus Salius Diversus, etc., qui cherchaient moins à connaître les lésions des tissus, qu'à expliquer comment elles avaient lieu. Ainsi, d'après leur hypothèse, la sérosité accumulée dans les ventricules du cerveau, ou une congestion sanguine dans les vaisseaux de cet organe, arrêtaient subitement le jeu des esprits, etc. D'autres faisaient dépendre la maladie d'une fermentation ou d'une ébullition du sang, de l'obstruction du pressoir d'Hérophile, etc. Telle fut sa seconde époque. Dans la troisième, on cessa de considérer le défaut de circulation des prétendus esprits vitaux comme la cause de l'apoplexie, pour ne consulter que les résultats positifs de l'ouverture cadavérique, c'est-à-dire les divers épanchemens observés après la mort des malades. Ce fut alors qu'on établit la division de l'apoplexie en sanguine et en séreuse; division encore admise aujourd'hui par plusieurs médecins, et rejetée par d'autres, au nombre desquels il faut placer MM. Portal, Montain et Rochoux.

Le premier de ces médecins (M. Portal) est auteur d'un ouvrage récent sur l'apoplexie, dans lequel, conformément à la méthode peu philosophique de Sauvages, il admet jusqu'à vingt espèces de cette maladie.

M. Montain, médecin à Lyon, publia également, en 1813, un ouvrage sur le même sujet, dans lequel il admet : 1°. une apoplexie sanguine, qu'il divise en artérielle et en veineuse ; 2°. une apoplexie nerveuse, subdivisée en sthénique et en asthénique. Dans cette seconde section, il comprend certaines affections qui s'annoncent avec tous les caractères propres à l'apoplexie, mais qui n'offrent après la mort aucune trace de la maladie présumée. Nous croyons qu'il n'est pas très-exact d'attacher le nom d'apoplexie à de telles lésions, vu que, d'après les recherches les plus rigoureuses, elles n'en ont point le caractère essentiel (l'épanchement sanguin ou séreux). Faut-il les rapporter à une sorte de syncope, comme le veut le docteur Rochoux ? Sans adopter cette opinion, nous la regardons comme beaucoup plus satisfaisante que celle depuis long-temps admise, et en vertu de laquelle on qualifie d'apoplexie nerveuse une maladie sans doute mal connue, et qui n'a peut-être qu'une faible ressemblance avec l'affection qui nous occupe. Wepfer, Valsalva et Morgagni, en considérant l'apoplexie sous le point de vue de l'anatomie pathologique, ont suivi une marche toute différente des médecins dont il vient d'être question. Leurs savantes recherches ont reçu, dans ces derniers temps, un complément dans les travaux de MM. Rochoux et Riobé. Nous devons à M. Rochoux d'avoir le premier bien fait connaître les altérations du cerveau qui accompagnent ou suivent les épanchemens sanguins dont ce viscère est le siége. Il a également parlé, dans plusieurs observations, des membranes qui, chez certains sujets, forment des kystes bien organisés, à l'aide desquels le sang, épanché dans l'encéphale, est repris par les vaisseaux absorbans. Il faut convenir néanmoins qu'il n'a eu aucune idée de ces kystes membraneux, et qu'il ne les a point considérés comme des organes particuliers (*Recherches sur l'apoplexie*. In-8°. Paris, 1814). Il était réservé au docteur Riobé de mettre dans tout son jour ce point de doctrine médicale. C'est ce qu'il a fait avec autant de précision que de ta-

lent, dans sa Dissertation inaugurale, présentée à la Faculté de médecine de Paris, le 29 août 1814 (*Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie dans laquelle il se fait un épanchement de sang dans le cerveau, est-elle susceptible de guérison?*). Nous reviendrons par la suite sur les travaux de MM. Rochoux et Riobé ; en attendant, pour compléter l'histoire de l'apoplexie, nous dirons un mot de l'hypothèse admise par M. Rochoux, concernant la cause prochaine de la maladie.

Cet auteur pense que les altérations cérébrales décrites dans son ouvrage, sont primitives, et qu'elles précèdent constamment l'épanchement sanguin, qui n'est, suivant lui, qu'une hémorragie produite par une altération locale; que conséquemment l'apoplexie doit être retirée de la classe des névroses, pour prendre place dans celle des hémorragies. Que l'apoplexie soit plutôt une hémorragie qu'une névrose, cela est fort possible ; mais cette manière de l'envisager nous semble ici une véritable inconséquence. En effet, puisque M. Rochoux admet que l'altération organique précède toujours l'hémorragie, cette dernière n'est donc que symptomatique ; et, dans son système, l'apoplexie serait plutôt une lésion organique qu'une hémorragie, etc.

Recherches d'anatomie pathologique qui ont, dans ces derniers temps surtout, répandu de nouvelles lumières sur la théorie de l'apoplexie. -- L'aphorisme si connu d'Hippocrate (*validam apoplexiam curare est impossibile, debilem verò non facile*), et de nombreux exemples d'apoplexies mortelles en peu de jours, nonobstant l'emploi des moyens les plus efficaces, autorisèrent long-temps à penser que l'épanchement sanguin, une fois formé dans le cerveau, conduisait infailliblement l'apoplectique à la mort. Il était réservé à l'anatomie pathologique de faire changer d'opinion à cet égard, en dévoilant les moyens employés par la nature pour dissiper l'épanchement et rendre le malade à l'exercice plein et entier de ses fa-

cultés intellectuelles. Les résultats de la force médicatrice de la nature, dans ces cas, avaient été entrevus depuis long-temps, et partiellement indiqués dans quelques ouvrages, comme ceux de Morgagni, de Brunner, de Marandel, etc. Mais on peut dire qu'ils ont été mis dans tout leur jour par les recherches de Bayle, et surtout par les observations de MM. Riobé et Rochoux, publiées simultanément en 1814.

C'est dans les articles 15 et 16 de la deuxième épître de Morgagni, qu'on trouve quelques faits relatifs à l'objet qui nous occupe. Un d'entre eux lui avait été communiqué par Valsalva, et il le trouvait si extraordinaire, qu'il disait que cet anatomiste semblait avoir écrit, dans son observation, des choses miraculeuses : *Valsalva in hâc historiâ mirabilia scribere videtur.* D'autres faits analogues, et plus étonnans encore, *multò mirabiliora*, suivant Morgagni, avaient été recueillis par Wepfer, Antonius Leprottus, Plancus, etc. Un fait rapporté par Conrad Brunner, et cité par M. Riobé, est beaucoup plus remarquable, plus clair et plus concluant que ceux mentionnés par Morgagni. En voici l'analyse : Une femme de quarante-sept ans ayant eu, cinq ans auparavant, une violente attaque d'apoplexie, succomba à une nouvelle attaque. On trouva dans le ventricule droit, sous le corps strié, une petite caverne dont les parois étaient adhérentes, dures, et comme comblées par une cicatrice ; le ventricule était d'ailleurs rempli de sang épanché dans la dernière attaque. *Cavernula sub corpore striato lateris dextri reperta fuit : connivebat hæc, et jam mediante glutine coaluit, ità tamen ut facilè hanc iterùm separare potuerim : flava ista fuit, et ægrè secabilis. Dexter ventriculus sanguine plenus fuit.* Les faits que nous venons de citer sont rapportés par leurs auteurs sans aucune interprétation ; on ne paraît pas alors avoir examiné comment ils pouvaient avoir lieu : c'est sans doute la cause pour laquelle ils ont été comme

ensevelis dans l'oubli, et long-temps inutiles aux progrès de la science. Marandel nous en fournit une preuve, puisque bien long-temps après, n'ayant aucune connaissance de ce qu'avaient écrit ses devanciers à ce sujet, il consigna, dans sa *Dissertation sur les irritations* (Paris, 1807), le résultat de recherches qui prouvent manifestement qu'il avait observé avec attention les procédés employés par la nature pour faire disparaître le sang épanché dans le cerveau. Je vais transcrire ici ce morceau curieux, que paraît avoir ignoré M. Riobé, lorsqu'il s'occupa, sept ans après, du même sujet. « Un épanchement très-volumineux dans l'organe cérébral produit, dit Marandel, la mort par la compression : lorsqu'il est moins étendu, il peut déterminer la paralysie, et consécutivement la mort, soit par une compression, soit par une irritation. Mais il est quelques circonstances où la mort ne suit pas toujours l'épanchement, soit que l'irritation qui l'a déterminé ait peu excité le cerveau, ou que cet organe contracte l'habitude du liquide, et supporte sa présence ; l'épanchement est peu à peu resserré sur lui-même par la concrétion du liquide qui le forme ; celui-ci, de noir qu'il était, prend une couleur grisâtre ; les parois du foyer, qu'on voyait d'abord rouges, présentent une couleur jaune très-marquée ; elles se rapprochent à mesure que le liquide diminue, au point de ne présenter, dans un temps plus ou moins long, que des parois de cavité qui se réunissent, et on ne trouve dans ce lieu qu'une tache jaune. J'ai trouvé quelquefois dans ces cavités un liquide légèrement jaune, sans saveur ni odeur, et toujours en très-petite quantité » (pag. 66 et 67). Il est très-évident, d'après cette citation, que Marandel avait parfaitement résolu la question que M. Riobé s'est posée sept ans plus tard, relativement à l'apoplexie. Nous ferons remarquer, de plus, que presque tous les degrés par lesquels passe l'altération consécutive à l'épanchement cérébral, sont consi-

gnés dans le travail de Marandel. Seulement cet auteur ne parle point du kyste membraneux, dont le docteur Riobé a fait la découverte, ainsi que nous le verrons plus bas.

M. Rochoux, pendant plusieurs années élève interne de la maison de santé du faubourg Saint-Martin, y recueillit un grand nombre de faits sur l'apoplexie, qu'il publia, en 1814, dans l'ouvrage dont il a déjà été question. Cet auteur décrit les désordres causés par les épanchemens dans le cerveau, moins avec l'intention d'expliquer comment la nature parvient à résoudre ces épanchemens, que dans la vue d'établir, sur ses recherches d'anatomie pathologique, une nouvelle théorie de l'apoplexie, ainsi que nous l'avons vu plus haut. Ses observations n'en sont pas moins intéressantes et moins précieuses sous plusieurs rapports. Nous allons en donner une idée succincte, en présentant une analyse du chapitre intitulé : *Appréciation des lésions organiques observées après la mort des apoplectiques,* chapitre dans lequel l'auteur présente le résultat, aussi important que nouveau, de toutes ses recherches anatomiques, à l'époque où il le fit connaître.

« L'épanchement a ordinairement lieu dans l'épaisseur du cerveau, plus rarement à l'extérieur de cet organe, ou sur quelque point de la surface des ventricules. Dans la première supposition, le sang est contenu dans des poches caverneuses, que Wepfer et Morgagni comparent aux sacs anévrysmatiques, et qui communiquent souvent dans les ventricules, ou s'ouvrent à l'extérieur du cerveau par de véritables déchirures. Les parois de ces sortes de cavernes sont très-molles, fortement colorées en rouge par le sang, dans l'épaisseur d'une ligne ou deux, inégales, anfractueuses, visiblement déchirées à leur face interne, et présentent des lambeaux flottans quand on les agite dans l'eau. Elles sont entourées par une couche de substance cérébrale, d'une à trois lignes d'épaisseur, d'un jaune

pâle serin, très-molle, à peine plus consistante que certaines crêmes, et peu miscible à l'eau. La couleur et la mollesse de cette couche, plus marquées en dedans, diminuent sensiblement en dehors; en sorte qu'il est impossible de déterminer précisément le lieu où le cerveau recouvre l'intégrité de sa texture. Quelquefois on trouve, entre les parois intérieures de la caverne et cette couche jaune, une autre couche d'un jaune moins pâle, tout aussi molle, de deux à quatre lignes d'épaisseur, remplie d'un grand nombre de petits épanchemens gros comme des têtes d'épingles, et fort rapprochés. Quand c'est à l'extérieur du cerveau ou à la surface des ventricules qu'a lieu l'épanchement, le ramollissement jaune est moins facile à reconnaître, et toujours il est moins marqué : la chose devait être ainsi. En effet, on conçoit sans peine que le sang, n'étant alors retenu par aucun obstacle, peut, en s'épanchant, entraîner avec lui la portion de substance cérébrale ramollie. C'est aussi ce qui a lieu, et l'on en rencontre toujours des portions assez considérables, mêlées avec des caillots, surtout du côté où ils reposent sur la déchirure. On voit là une véritable perte de substance, une espèce d'érosion, qui supporte une légère couche jaunâtre, molle, et souvent épaisse tout au plus d'un quart de ligne. Une telle altération n'a été décrite par personne, que je sache. Est-elle simplement l'effet du séjour du sang? précède-t-elle l'épanchement? La dernière opinion me semble plus probable, et elle n'est pas infirmée *par l'absence des symptômes précurseurs*. Ne sait-on pas que certaines lésions organiques, les tubercules du poumon, par exemple, font de très-grands progrès avant de manifester leur existence par quelque dérangement des fonctions? Quelle que soit, au reste, la manière de voir qu'on adopte à cet égard, elle ne saurait détruire la validité d'un fait que j'ai été à même de constater plus de quarante fois. »

Le description ci-dessus a pour objet l'ensemble des altérations qui sont propres aux apoplexies récentes : tout ce qui suit se rapporte aux apoplexies plus anciennes.

« Après l'absorption du sang, continue l'auteur, les parois des cavernes se rapprochent, se cicatrisent en quelque sorte. Dans cet état, elles sont presque toutes unies par un entrecroisement de liens celluleux ou vasculaires, qui forment différentes aréoles, entre lesquelles se trouve contenu un liquide ichoreux, roussâtre, plus ou moins abondant, quelquefois jaunâtre, épais et comme gélatineux. Ordinairement plus denses que le reste du cerveau, les parois offrent, dans l'épaisseur d'une ligne ou deux, une teinte jaunâtre, rouge, couleur *sarguemine*, ou bien brunâtre; quelquefois, simplement rapprochées, sans être unies par des liens vasculaires ou celluleux, elles forment des poches vides de tout liquide; une fois j'en ai rencontré une dont la surface était aussi lisse que celle des ventricules, et humectée par une légère rosée. Je le repète, l'existence de ces cavernes est une chose constante; on les voit sur tous les sujets qui ont eu des paralysies, suites d'apoplexie, à quelque époque de la maladie qu'ils succombent; leur nombre est toujours égal à celui des attaques; quand les malades en ont eu deux ou trois, on trouve deux ou trois cavernes, etc., etc. »

Tout en admirant la précision et l'exactitude avec lesquelles le docteur Rochoux a décrit les altérations qui se font remarquer dans le cerveau des apoplectiques, nous ne pensons pas comme lui, qu'elles soient antérieures aux épanchemens, et par conséquent nous sommes loin d'admettre qu'elles en soient la cause; nous sommes convaincus, au contraire, que ces désordres organiques sont produits par la congestion et l'épanchement du sang dans le cerveau, parce qu'il ne nous semble pas naturel de penser qu'une altération de cette nature puisse exister dans l'encéphale, sans indiquer sa présence par des symp-

tômes plus ou moins graves. D'ailleurs, quand une apoplexie reconnaît pour cause une disposition anévrysmatique du cœur, comme cela arrive quelquefois, peut-on supposer alors que les ravages auxquels cet accident a donné lieu, existaient avant que le sang, trop fortement porté vers le cerveau, s'épanchât dans sa substance. En admettant cette opinion de M. Rochoux, il faudrait regarder l'épanchement direct du sang dans les ventricules, comme une affection différente de l'apoplexie, ainsi qu'il le fait lui-même. Ce serait, il nous semble, multiplier sans nécessité le nombre des maladies, et créer des divisions superflues sur des fondemens fragiles ou erronés. Il vaut mieux regarder l'apoplexie comme un épanchement, ou, si l'on veut, comme une hémorragie qui a lieu dans le cerveau, soit par exhalation, soit par rupture, ou de toute autre manière.

Tandis que M. Rochoux faisait imprimer son ouvrage, M. Riobé, élève interne à l'hôpital de la Charité, ignorant, à ce qu'il paraît, et les travaux de ce médecin, et les remarques de Marandel citées plus haut, se livrait à des recherches analogues, mais qu'il sut interpréter avec une sagacité rare, qui donne à son opuscule une supériorité incontestable sur tout ce qu'on avait écrit avant lui. Non-seulement en effet M. Riobé observa attentivement les différentes altérations qui accompagnent les épanchemens cérébraux, et les moyens que la nature emploie pour les faire disparaître, mais encore il expliqua d'une manière ingénieuse et vraie, l'admirable mécanisme par lequel le sang, épanché dans l'encéphale, est isolé par une membrane enkystée, et ensuite repris par les absorbans pour être reporté dans le torrent de la circulation.

La simplicité et la précision du travail de M. Riobé sont dignes de servir de modèle à bien des égards. Ce médecin commence par se proposer la question suivante : L'apoplexie dans

laquelle il se fait un épanchement de sang dans le cerveau, est-elle susceptible de guérison? Huit faits recueillis par l'auteur, à l'hôpital de la Charité, sont rapportés à la suite de cette question, et forcent, pour ainsi dire, le lecteur à se déclarer pour l'affirmative, ainsi qu'on va le voir par l'analyse que nous allons en donner.

Premier fait. Un maître d'école, âgé de soixante-quatre ans, affecté, depuis un grand nombre d'années, d'un anévrysme actif du ventricule gauche du cœur, avait eu, sept ans auparavant, une attaque d'apoplexie dont il s'était bien rétabli. Il fut frappé d'une nouvelle attaque, à laquelle il succomba neuf jours après. On trouva, dans l'hémisphère cérébral du côté droit, un épanchement de sang considérable, qui s'était fait jour dans le ventricule latéral, et qui le remplissait. Tout le côté opposé paraissait dans l'état naturel; mais, en divisant le corps strié, on pénétra dans une petite cavité qui aurait pu contenir une aveline, et de laquelle on vit sortir quelques gouttes de sérosité transparente. Cette cavité était tapissée d'une membrane jaunâtre, que des vaisseaux sanguins parcouraient suivant différentes directions.

Deuxième fait. Léonard Benoît, âgé de cinquante-cinq ans, mourut à l'hôpital, d'une péritonite. Ayant appris que cinq ans auparavant ce malade avait eu une violente attaque d'apoplexie à la suite de laquelle il était resté hémiplégique pendant neuf mois, on fit l'examen de son cerveau, et l'on trouva dans l'hémisphère gauche, au côté externe du corps cannelé et de la couche optique, une cavité remplie de sérosité transparente. Elle avait, d'avant en arrière, quinze lignes d'étendue, et environ six lignes dans les autres sens. Une membrane de couleur jaune fauve, et parsemée de vaisseaux sanguins, la tapissait. Sa surface libre offrait quelque chose du velouté des membranes muqueuses. Son autre surface adhérait fortement

au cerveau, mais il fut facile de l'en isoler. Son épaisseur avait environ le double de celle de l'arachnoïde, etc.

Troisième fait. Un vieillard de quatre-vingts ans, qui avait eu, douze ans auparavant, une attaque d'apoplexie, vint mourir à l'hôpital de la Charité. On ouvrit le crâne, et l'on trouva dans le corps strié gauche une petite cavité qui n'était séparée du ventricule latéral que par une couche mince de substance cérébrale. Cette cavité contenait une sérosité limpide; une membrane mince la tapissait, etc.

D'après ces faits, il est évident que trois individus avaient guéri de l'apoplexie, et que chez eux la nature avait favorisé l'absorption du sang épanché par un travail particulier. L'esprit qui, dans ses méditations, dit M. Riobé, devance si souvent les faits, soupçonne déjà qu'il se développe, autour du sang épanché, une membrane particulière qui remplit, à l'égard de ce liquide, les fonctions d'un organe absorbant, et qui, après l'avoir repris en entier, subsiste et s'offre sous la forme d'un kyste. On en a la preuve dans les deux faits suivans :

Quatrième fait. Un bijoutier, sur le déclin de l'âge, fut frappé d'apoplexie, et porté à l'hôpital de la Charité, le 28 février 1814. Il y languit jusqu'à la fin de mars, époque de sa mort. Le crâne ouvert, on trouva dans l'hémisphère cérébral du côté gauche un épanchement sanguin du volume d'une petite noix. Ce sang était brunâtre, plus solide au centre qu'à la circonférence, où il semblait délayé par de la sérosité. Une membrane de couleur jaune fauve, demi-transparente, peu résistante, le recouvrait. Il était facile de l'enlever par lambeaux; on y voyait quelques vaisseaux; la pulpe du cerveau, sur laquelle elle se trouvait étendue, était ramollie et légèrement jaunâtre.

Cinquième fait. M. Béclard, chef des travaux anatomiques

de la Faculté, examina un cerveau, dans le lobe droit duquel il y avait un épanchement ancien. Le sang était entouré d'une membrane jaune, très-mince, sur laquelle on apercevait un grand nombre de vaisseaux très-déliés.

Ces deux derniers faits sont propres à nous convaincre qu'il se développe une membrane autour du sang épanché; mais rien ne prouve encore, continue notre auteur, qu'il y ait absorption du liquide; car, dans les deux observations précédentes, la membrane en était exactement remplie. Mais un fait nouveau va montrer clairement la marche que suit la nature pour absorber du sang épanché dans le cerveau.

Sixième fait. Le 17 mai 1814, un maçon âgé de soixante-huit ans, entra à l'hôpital de la Charité pour une hémiplégie incomplète, survenue dix-huit mois auparavant, à la suite d'une attaque d'apoplexie. Ce malheureux vécut encore dans l'hôpital jusqu'à la fin de juillet, époque de sa mort.

A l'examen du cerveau, on trouva dans le corps strié, du côté gauche, une cavité obliquement dirigée d'avant en arrière, et de dedans en dehors, ayant huit ou dix lignes d'étendue dans ce sens, et six ou huit dans les autres; une sérosité roussâtre s'écoula, et l'on vit que cette cavité était tapissée d'une membrane jaune fauve, parfaitement semblable à celle décrite dans la deuxième observation. Mais ce qu'il importe de remarquer ici, dit l'auteur, c'est qu'au milieu de la sérosité renfermée dans cette membrane accidentelle, il y avait encore une petite quantité de sang noirâtre et coagulé. Voilà, si j'ose le dire, ajoute-t-il, la nature prise sur le fait. Une membrane s'est organisée autour du sang épanché; elle verse un liquide séreux qui baigne et dissout ce sang, que chaque jour elle repompe. Que l'individu survive encore quelque temps, et la membrane ne contiendra plus que la sérosité qui lui est propre: tout le sang aura été repris.

Si, à côté de ce fait, on place les trois premiers, dans les-

quels on voit la membrane remplie par le seul fluide qu'elle paraît exhaler; si l'on considère ensuite que les trois individus qui font le sujet de ces observations, ont bien guéri et recouvré l'exercice entier de leurs facultés intellectuelles, on sera convaincu *que l'apoplexie, dans laquelle il se fait un épanchement de sang dans le cerveau, est susceptible de guérison,* et l'on aura de plus une idée exacte du mécanisme de cette guérison.

Arrivé à cette partie de son travail, l'auteur croit pouvoir tirer les corollaires suivans :

1°. Que l'apoplexie dans laquelle le sang s'épanche au milieu du cerveau, est susceptible de guérison. (Premier, deuxième et troisième faits.)

2°. Qu'il se développe quelquefois une membrane particulière autour du sang épanché. (Quatrième, cinquième et sixième faits.)

3°. Que cette membrane sécrète un fluide séreux qui baigne et dissout le sang épanché. (Sixième fait.)

4°. Que le sang, ainsi dissous, est résorbé par les vaisseaux de la membrane accidentelle, et qu'il finit par être repris en entier. (Premier, deuxième, troisième et huitième faits.)

5°. Qu'un grand nombre de paralysies, dont le sang épanché dans le cerveau est la cause matérielle, disparaissent peu à peu, à mesure que le liquide est résorbé. (Premier, deuxième et troisième faits.)

Le travail de la nature serait plus complet, ajoute ensuite notre auteur, si, après la résorption du sang, la membrane diminuait peu à peu, et s'effaçait enfin; ou bien si, discontinuant de verser le fluide qu'elle sécrète, sa surface exhalante venait à se mettre en contact avec elle-même, et à contracter adhésion. Dans ce dernier cas, la membrane accidentelle, réduite à deux lames adhérentes entre elles, formerait une cicatrice au moyen de laquelle la substance cérébrale, dechirée par

le fait de l'apoplexie, se trouverait réunie. Les faits suivans semblent annoncer que les choses se passent ainsi :

Pierre Toupet mourut d'apoplexie à l'hôpital de la Charité, dans les derniers jours d'avril 1814. Deux ans auparavant, il avait eu une première attaque de cette maladie, dans laquelle il oublia complétement son nom de baptême. Quelques mois avant sa mort, il s'était rétabli avec peine d'une seconde attaque. Il fut enfin emporté par une troisième.

Au milieu de l'hémisphère gauche du cerveau on trouva une vaste cavité remplie de sang qui paraissait épanché depuis peu, et qui était la cause évidente de la mort. Dans l'hémisphère du côté opposé, on rencontra une lame membraneuse jaunâtre, s'étendant depuis sa surface jusqu'à un pouce de profondeur, formée de deux feuillets unis par des filamens jaunâtres qui passaient de l'un à l'autre. Tout autour, la substance cérébrale offrait elle-même une couleur jaunâtre. On ne peut guère se refuser à croire que cette double lame ne soit le reste d'une membrane accidentellement développée autour du sang épanché lors de la première attaque d'apoplexie.

Il faut placer à côté de ce fait celui de Brunner, que nous avons cité plus haut, et plusieurs autres analogues, beaucoup plus concluans, observés depuis.

La dissertation de M. Riobé appela l'attention des médecins sur l'objet qui nous occupe, et depuis sa publication un grand nombre de faits, beaucoup plus décisifs que ceux observés par cet auteur, sont venus confirmer le jugement qu'il n'avait dû porter, dans le principe, qu'avec une sorte de réserve. Des observations multipliées sur le même sujet, qui ont été rassemblées, tant par nous que par plusieurs élèves instruits de l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le courant de 1815 et de 1816, nous auraient facilement mis à même de rapporter des faits recueillis avec soin, et puisés dans notre propre observation, si nous n'avions cédé au désir de faire connaître à nos lecteurs

l'opuscule de M. Riobé, dans lequel brille toute l'excellence de la méthode analytique appliquée à un point de doctrine. Nous joindrons seulement deux observations qui viennent à l'appui de la seconde proposition émise par cet auteur, relativement à la formation d'un kyste membraneux, parce qu'elle a été le plus contestée.

Chevalier (Jean), porteur d'eau, âgé de soixante-douze ans, fut frappé d'apoplexie, pour la première fois, le 15 décembre 1814. Transporté de suite à l'Hôtel-Dieu, il avait alors le bras gauche paralysé et la langue embarrassée; il répondait difficilement aux questions qu'on lui adressait. Des boissons émétisées, des lavemens purgatifs, des vésicatoires à la nuque et aux jambes, rétablirent un peu la sensibilité et la motilité. Le 18 janvier 1815, le malade se servait assez facilement de son bras gauche; l'appétit était bon, mais les facultés intellectuelles étaient toujours très-altérées, etc. Le 25, il survint du délire. Le lendemain il s'y joignit quelques convulsions, qui furent les avant-coureurs de la mort.

A l'ouverture du cadavre le cerveau fut trouvé consistant; le ventricule latéral gauche renfermait de la sérosité; le ventricule du côté opposé présentait une petite ouverture qui communiquait avec une cavité creusée dans l'épaisseur du lobe postérieur du cerveau. Cette cavité, qui contenait de très-petits caillots de sang, était évidemment tapissée d'une membrane lisse, polie, paraissant être une continuation de l'arachnoïde des ventricules, mais qui était très-distincte et beaucoup plus épaisse que cette membrane. La substance cérébrale environnante était ramollie, jaunâtre, et comme réduite en bouillie.

Decamp (René-Pierre), âgé de soixante-dix-sept ans, cordonnier, après s'être exposé à un froid assez vif, éprouva, le 20 janvier 1815, des étourdissemens, et tomba, sans perdre connaissance. Il fut transféré, dans cet état, à l'Hôtel-Dieu, avec une paralysie du côté gauche. On eut recours à quelques

dérivatifs, qui parurent diminuer l'hémiplégie. Le 14 février, il se manifesta un léger délire, qui disparut peu à peu. Le 24, un vésicatoire fut appliqué à la partie latérale droite de la tête, et le 28, un moxa à l'occiput. Ces moyens ne produisirent pas d'amélioration notable, et ne retardèrent que de quelques jours la mort, arrivée le 7 mars 1815.

En examinant le cerveau, on trouva dans le ventricule droit, à la partie antérieure du corps strié, un sac membraneux long d'environ deux pouces, lisse à l'intérieur, et contenant de petits caillots de sang : on le détachait facilement de la substance cérébrale, qui était molle, jaunâtre, et profondément altérée.

Jusqu'à présent nous n'avons observé dans le cerveau que les traces d'une seule apoplexie ; mais il n'est pas rare d'y trouver celles de plusieurs, et de pouvoir, par là, indiquer assez exactement le nombre des attaques de cette funeste maladie, qui, comme on le sait, se succèdent rapidement à un certain âge ; et, dans plusieurs cas soumis à mon observation, ce nombre s'est toujours trouvé d'accord avec les renseignemens donnés par les malades. Deux, trois et même quatre kystes développés dans le cerveau annoncent que le malade dont on ouvre le cadavre a été frappé deux, trois ou quatre fois d'apoplexie.

On admit à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 10 mai 1816, un homme devenu hémiplégique trois ans auparavant, à la suite d'une violente attaque d'apoplexie. Cet homme était tombé dans une sorte de démence, et ne vivait, pour ainsi dire, que par la vie nutritive. Environ dix jours après son entrée à l'hôpital, il fut pris de délire et de convulsions, avec pâleur, qui précédèrent de quelques heures un assoupissement profond, auquel on chercha vainement à remédier par les dérivatifs les plus énergiques.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le ventricule droit rempli de sérosité roussâtre ; la partie supérieure de l'hémi-

sphère du même côté renfermait une cavité étroite, longue d'un pouce et demi d'arrière en avant; elle était tapissée par une membrane lisse, épaisse et blanchâtre en plusieurs points qui avaient contracté des adhérences aux deux extrémités de la caverne. Au-dessus et à la partie interne de cette poche membraneuse, il en existait une autre de moitié moins grande que la précédente, aussi revêtue, à l'intérieur, d'une membrane accidentelle, adhérente, par sa face externe, à la substance cérébrale, altérée et jaunâtre dans une certaine étendue.

Ne croyant point trouver dans ces altérations les traces de la dernière attaque d'apoplexie qui avait enlevé le malade, nous poursuivîmes nos recherches, et en incisant l'hémisphère du côté opposé, nous rencontrâmes à la partie antérieure un caillot sanguin du volume d'une grosse aveline, entouré de substance cérébrale ramollie. C'était évidemment la matière du dernier épanchement, autour duquel aucun travail n'avait pu encore avoir lieu. Un peu plus en arrière, nous observâmes encore un petit kyste, facile à confondre avec une hydatide, s'il n'eût été environné d'une substance cérébrale consistante et jaunâtre, doublée par une membrane qui s'était probablement organisée autour d'un ancien épanchement.

M. le docteur Guersent donnait des soins à un marchand du Marais, qui fut pris, en 1812, d'attaques qu'on put regarder comme épileptiques. Ces attaques se rapprochèrent en 1814, et l'une d'elles, plus violente que les autres, fut suivie d'une paralysie du côté droit. Dès les premières attaques, le malade avait perdu la mémoire des choses, et surtout celle des mots. En 1815, les accès de cette maladie redoublèrent de violence; ils étaient surtout caractérisés par des convulsions suivies d'un assoupissement plus ou moins profond. Le malade s'affaiblit peu à peu, et succomba vers la fin de décembre.

A l'ouverture du cadavre, on trouva une assez grande quantité de sérosité épanchée sous la dure-mère; le tissu cel-

lulaire sous-arachnoïdien était infiltré, et formait une espèce de couenne gélatineuse. La partie supérieure de l'hémisphère cérébral gauche était ramollie dans quelques points; en y faisant une incision horizontale, on découvrit une cavité qui contenait deux gros environ de sérosité jaunâtre. Cette cavité, oblongue d'avant en arrière, répondait à la partie supérieure du ventricule; elle était tapissée par une membrane très-consistante, lisse en dedans, et très-adhérente par sa face externe. La substance cérébrale environnante était jaunâtre et ramollie plus profondément, et en avant existait un autre kyste tout à fait analogue, mais un peu plus petit. A la partie interne de l'hémisphère, dans cette portion qui s'avance au-dessus du corps calleux, on rencontra un troisième kyste; enfin un quatrième, semblable aux autres, occupait la partie moyenne de la base du cerveau. Il y avait de plus, çà et là, quelques petits caillots de sang en contact avec la substance cérébrale, et qui résultaient des dernières attaques d'apoplexie qu'avait éprouvées le malade [1].

Il nous reste maintenant à examiner comment se forment les kystes qui s'organisent autour du sang épanché dans le cerveau, et à faire connaître la marche que suit la nature dans leur développement et dans les transformations qu'ils sont susceptibles de subir.

Le docteur Riobé, après avoir décrit le premier ces kystes membraneux, s'était demandé si leurs parois étaient le produit d'une exsudation albumineuse, analogue à celle qui a lieu à la surface des plaies récentes; ou bien si elles étaient dues à une transformation de la substance cérébrale, qui se trouve en contact avec le sang épanché. Ce médecin, en laissant la question à peu près indécise, avoue qu'il n'avait point

---

[1] *Voyez* l'*Essai sur l'anatomie pathologique de M. Cruveilhier*, tom. 1, pag. 206.

observé les kystes apoplectiques dans le commencement de leur formation. Cependant il ajoute qu'il est porté à croire que c'est le cerveau lui-même qui, en changeant de texture, donne naissance à la membrane accidentelle, et il appuie cette opinion sur ce qu'on observe, dans les cadavres d'individus qui ont vécu avec un épanchement sanguin dans le cerveau, une couche mince, molle, jaunâtre, visiblement formée par la substance cérébrale, laquelle paraît passer à une nouvelle organisation, etc.

L'hypothèse simplement énoncée par M. Riobé me semble difficilement admissible, parce qu'elle est fondée sur un mode de production organique auquel je ne vois point d'analogues dans l'histoire de toutes les autres productions organiques; car remarquons bien ici qu'il s'agit de la formation d'un organe nouveau, et non d'une transformation organique, ce qui est bien différent. Le phénomène observé par le docteur Riobé n'est en effet que ce dernier mode d'altération. Pour moi, je suis tenté de croire que la théorie de la formation des kystes apoplectiques n'est autre que celle des fausses membranes. Le sang épanché dans le cerveau irrite cet organe; la portion de sa substance en contact avec lui s'enflamme, se couvre d'une exsudation gélatino-albumineuse, qui prend bientôt un aspect couenneux, et s'organise ensuite en membrane, dans un espace de temps plus ou moins long [1].

Les observations nombreuses de kystes apoplectiques, qu'on a recueillies, ont mis à même de suivre la marche de leur développement, et d'apprécier les transformations qu'ils subissent. M. Cruveilhier, dans son *Essai sur l'anatomie pathologique*, publié en 1816, présente un tableau de la marche que suit la nature dans la production des phénomènes pathologiques dont il s'agit; il a puisé les principaux traits de

[1] *Voyez* les mots *kyste* et *inflammation* du *Dictionaire*.

son tableau dans des observations réunies qu'on s'était empressé de lui communiquer de toutes parts. Des observations multipliées, dit-il, qui me sont communes avec la plupart de mes collègues de l'Hôtel-Dieu, fournissent le résultat suivant : Dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'attaque d'apoplexie, on trouve une déchirure inégale de la substance cérébrale, et un sang partie coagulé, partie liquide. Vers le quatrième ou cinquième jour, la substance cérébrale environnante présente une couleur jaunâtre, tout à fait analogue à celle de la peau et du tissu cellulaire dans les contusions extérieures. Vers le neuvième, dixième, ou quinzième jour, le caillot plus solide adhère aux parois, qui sont rouges, molles. Si on divise ces parois par lames très-minces, on trouve, sous la plus interne, d'autres lames, formées par la substance cérébrale tachetée de points rouges, etc., etc. Il n'y a point encore de membrane véritable, mais la couche rouge extérieure paraît en être le rudiment. A une époque plus avancée, la rougeur diminue, l'aspect membraneux est plus évident. Enfin, si l'on ouvre des individus morts un an, deux ans, six ans, etc., après une attaque d'apoplexie, on trouve un kyste d'une capacité variable, formé par une membrane très-fine, jaunâtre ou rougeâtre, contenant de la sérosité jaunâtre, etc. On doit ajouter à cela, qu'à mesure que le sang épanché et la sérosité diminuent par l'effet de l'absorption, la capacité du kyste se réduit, ses parois s'épaississent, contractent des adhérences ; sa cavité s'oblitère ; l'organe se confond de plus en plus avec la substance cérébrale, et n'offre, au bout d'un temps indéterminé, qu'une cicatrice jaunâtre, ou un tissu lamineux quelquefois infiltré d'une sérosité aussi jaunâtre.

Pour ce qui concerne la nature intime, la disposition, la forme et la grandeur des kystes apoplectiques, nous renvoyons à notre article *kyste* du *Dictionaire*, où ces différentes particularités ont été traitées avec un certain développement.

Dans un second Mémoire, nous examinerons les rapports qui existent entre la congestion sanguine du cerveau et l'apoplexie, et les différentes parties de l'encéphale qui sont le plus exposées à l'épanchement sanguin. Nous traiterons aussi de la prédisposition et des symptômes précurseurs de l'apoplexie, ainsi que de son traitement préservatif.

I. BRICHETEAU.

CLINIQUE *chirurgicale, ou Recueil de Mémoires et d'Observations de chirurgie pratique;* par N. ANSIAUX. Liége, 1816. Un vol in-8°. de 246 pages.

Les recueils de faits sont toujours des livres précieux dans les sciences d'observation. Parmi ces dernières, la chirurgie est sans contredit celle qui en possède le plus, et, par la même raison, une de celles dont les procédés se rapprochent davantage de la perfection. Néanmoins cet état satisfaisant, auquel on doit peut-être attribuer le petit nombre d'ouvrages réellement utiles dont elle s'enrichit depuis quelques années, exige, pour se maintenir ou pour s'accroître, que les praticiens publient de temps à autre les faits particuliers qui les ont forcés de s'écarter des règles généralement admises, ceux qu'on a peu d'occasions d'observer, et ceux enfin qui sont entièrement nouveaux. Les ouvrages écrits dans cet esprit sont les seuls qui présentent quelque intérêt. En effet, publier des observations triviales sur des faits mille fois constatés, c'est encombrer la science, au lieu d'en agrandir le domaine. Un cas pathologique ne mérite de fixer l'attention que quand l'auteur a su en tirer des conséquences neuves et propres à répandre quelques lumières sur la nature ou le traitement de la maladie, ou lorsque

ce cas, par la rareté de son apparition, est digne de piquer la curiosité des personnes de l'art.

Il n'en est pas de la chirurgie comme de la médecine. Dans la première, les faits sont plus simples; la lésion matérielle ou mécanique des organes tombe le plus souvent, d'une manière immédiate, sous les sens, et les procédés curatifs sont, dans la plupart des cas, tellement déterminés, quant à leur manière d'agir, qu'on peut presque toujours en prévoir l'effet, et l'annoncer avec certitude. Aussi un esprit judicieux n'a-t-il besoin que d'un petit nombre d'observations bien faites, pour établir un point de doctrine d'une manière incontestable. Il serait facile d'accumuler les exemples à l'appui de cette proposition; mais nous nous contenterons d'en rappeler quelques-uns. Diverses observations ayant indiqué à Pott la véritable cause de l'affection de la colonne vertébrale, qui porte encore son nom, elles lui firent découvrir, dans l'emploi du cautère, une méthode de traitement qui convient très-bien pour la combattre, et les résultats obtenus par ce chirurgien célèbre ont servi de base aux travaux des praticiens qui, de nos jours, regardent le moyen indiqué par lui comme un des plus efficaces, après le feu, contre toutes les caries profondes des articulations. Plusieurs faits ayant appris à M. Dupuytren que les parois correspondantes des deux extrémités du canal digestif, qui viennent se rendre à l'anus contre nature, peuvent, quand on les comprime avec des pinces, être coupées sans danger pour le malade, après qu'une adhérence s'est établie entre elles, le savant professeur rétablit de cette manière une libre communication entre les deux bouts de l'intestin, et maintenant il n'est pas de chirurgien instruit, qui, marchant sur ses traces, ne mette le même moyen en usage pour faire cesser l'une des infirmités les plus dégoûtantes qui affligent l'espèce humaine [1].

---

[1] *Voyez* l'article *hernie*, dans le *Dictionaire des sciences médicales*, tom. XXI, p. 161.

Ces exemples nous montrent deux des résultats pratiques les plus importans, qui ont été déduits de la considération d'un petit nombre de faits observés avec exactitude et rapprochés avec sagacité. C'est à en obtenir d'analogues que doivent tendre les efforts des auteurs qui publient des séries d'observations chirurgicales. Examinons si M. Ansiaux a atteint ce but.

Depuis que la maladie vénérienne est devenue l'objet des recherches assidues de plusieurs praticiens distingués, ses variétés, ainsi que les moyens recommandés pour les guérir, ont été mieux connus et appréciés. Cependant une question reste encore indécise dans l'esprit de quelques hommes recommandables : c'est celle de la nature de la blennorrhagie. Presque tout le monde s'accorde à dire qu'il y a des écoulemens puriformes par l'urètre, à la suite desquels les malades soumis à un traitement émollient sont frappés des accidens qu'on appelle consécutifs ou secondaires de la maladie vénérienne. Mais, d'un autre côté, il est universellement reconnu que les mêmes malades, traités par les remèdes indiqués, sont à l'abri des symptômes qui caractérisent l'infection générale. Voici maintenant en quoi consiste le sujet de la discussion [1] : Il est, dit-on, impossible de distinguer la blennorrhagie simple de celles qui sont véritablement syphilitiques : dans cette incertitude, doit-on soumettre tous les individus au traitement antivénérien, ou faut-il se contenter de leur administrer les remèdes émolliens qu'indique l'inflammation de la membrane muqueuse de l'urètre? M. Ansiaux pense que la rareté de l'apparition des accidens consécutifs à la suite des blennorrhagies, doit faire adopter ce dernier mode de traitement, sauf à combattre la maladie vénérienne si les symptômes s'en manifestent d'une manière consécutive. Cette opinion sert évidemment de base

---

[1] Consultez, à ce sujet, les articles suivans du *Dictionaire des sciences médicales : blennorrhagie*, tom. III, p. 161; *flux vénérien*, tom. XVI, p. 47; *gland*, tom. XVIII, p. 427; et *ischurie*, tom. XXVI, p. 188.

à son Mémoire entier : elle ne fait que rendre plus sensible et plus remarquable la contradiction qui règne entre les deux passages suivans : « Nul doute [1] que la gonorrhée ne soit *le plus souvent* produite par le virus vénérien : j'en suis convaincu par l'expérience, et je pourrais rapporter ici des observations qui le prouvent d'une manière invincible. » En tournant le feuillet, nous lisons [2] : « J'ai traité *un grand nombre* de blennorrhagies *sans jamais employer le mercure*, et cependant j'ai vu *si rarement* survenir les symptômes vénériens, que je pense, avec Vacca Berlinghieri, *qu'il ne faut pas tourmenter quatre-vingt-dix-huit malades sur cent, pour deux qui pourraient réellement attraper la vérole.* » A laquelle de ces deux propositions si opposées doit-on s'attacher pour prononcer sur le mérite de la méthode que M. Ansiaux conseille ?

L'auteur, après avoir examiné les diverses méthodes employées pour traiter les inflammations de la membrane muqueuse urétrale, établit que les émolliens obligent les malades à un assez long séjour dans les hôpitaux, et prolongent la durée de leur affection ; que les injections irritantes ou astringentes proposées par Bell sont fréquemment suivies d'accidens graves occasionés par le transport de l'irritation sur les yeux, les articulations ou les viscères intérieurs. Il pense donc qu'on doit préférer les balsamiques, et en particulier le baume de Copahu, administrés dès l'apparition des premiers symptômes. Tel est l'objet d'un premier Mémoire, dans lequel M. Ansiaux rapporte plusieurs observations à l'appui de son opinion, qui n'est au reste pas nouvelle. Nous avons vu le baume de Copahu se montrer inerte dans quelques cas, être véritablement utile dans d'autres, mais donner presque toujours lieu à des accidens très-graves, et semblables à ceux qui

---

[1] Page 17.

[2] Page 18.

résultent de l'emploi des injections irritantes. Ces effets divers tenaient à la différence des cas, car il n'est aucun moyen qu'on puisse appliquer à tous sans exception : le peuple seul admet maintenant des panacées universelles. Nous partageons d'ailleurs le sentiment de M. Ansiaux, quand ce médecin dit que toutes les fois qu'on se borne à prescrire quelques pilules mercurielles vers la fin du traitement de la blennorrhagie, il est incontestable que s'il ne survient aucun accident consécutif, c'est parce que le malade n'avait pas contracté la maladie vénérienne; car des moyens aussi légers eussent été insuffisans pour la combattre.

Dans un second Mémoire sur le traitement de la syphilis, l'auteur rappprte des observations de malades guéris par le précipité rouge (deutoxide de mercure), administré en frictions, à la dose de vingt à quarante grains, sous forme sèche, ou après avoir été humecté avec de la salive. Vingt à trente frictions faites d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, et dans lesquelles on n'emploie qu'une once ou deux de deutoxide, snffisent pour un traitement complet. Nous ne savons si le nombre des individus guéris, parmi lesquels s'en trouvaient plusieurs atteints d'accidens consécutifs très-graves, qui s'étaient montrés rebelles au mercure administré sous d'autres formes, est un titre suffisant pour faire adopter la méthode de M. Ansiaux. Nous pensons, comme lui, que « de toutes les préparations mercurielles préconisées jusqu'à ce jour, il n'en est aucune dont on ne puisse retirer de bons effets dans certaines circonstances. » C'est pourquoi nous voudrions, tout en avouant combien il est utile de faire connaître un moyen inusité, qu'on le proposât seulement comme une ressource nouvelle contre un mal trop souvent incurable, et non comme une méthode propre à remplacer toutes les autres.

Nous ne nous arrêterons pas à un *Mémoire sur les affections organiques consécutives aux plaies de tête*. L'auteur y

combat les hypothèses que Paré, Bertrandi, Pouteau et M. Richerand ont proposées pour expliquer la formation des abcès du foie, à la suite des lésions du cerveau ou de ses membranes [1]. Il les combat par les faits, et pense qu'on doit revenir à l'idée de Desault, qui attribuait ce phénomène à une sympathie entre l'organe encéphalique et celui qui sécrète la bile.

Nous nous bornerons aussi à indiquer la *Dissertation sur l'opération césarienne et sur la section de la symphyse du pubis*, connue depuis long-temps. Quoiqu'elle ait déjà eu deux éditions, on n'y trouve rien qui ne se rencontre dans tous les traités sur l'art des accouchemens. Les recherches historiques sont très-imparfaites, et ne témoignent pas l'érudition de l'auteur [2].

A cette Dissertation succèdent des *Réflexions et Observations sur la fistule lacrymale*. M. Ansiaux, élève de l'école de Paris, propose un procédé opératoire, qui consiste à introduire et à laisser à demeure dans le canal nasal une canule d'or, d'argent ou de plomb, longue de douze à quinze lignes pour les adultes, courbée sur sa longueur, garnie d'un léger bourrelet à son extrémité la plus large, et coupée obliquement, comme le bec d'une flûte, vers son extrémité opposée. La plaie faite au sac lacrymal doit être cicatrisée sur elle. Ce procédé est connu depuis long-temps, et pratiqué avec autant d'habileté que de succès par M. Dupuytren, qui lui a donné un haut degré de perfection. Entre les mains de cet opérateur célèbre, l'opération dure à peine une minute : sur la lame d'un

---

[1] Consultez, dans le *Dictionaire des sciences médicales*, les articles : *abcès du foie*, tom. I, p. 18; *commotion*, t. VI, p. 152; *crâne*, t. VII, p. 288; *foie*, t. XVI, p. 98 et 139; et *hépatite*, t. XXI, p. 18.

[2] *Voyez*, dans le *Dictionaire*, les articles : *césarienne (opération)*, t. IV, p. 481; et *gastro-hystérotomie*, t. XVII, p. 419.

bistouri dont la pointe est introduite dans le sac lacrymal, il enfonce l'extrémité d'un mandrin de fer qui supporte la canule dont parle M. Ansiaux ; il le fait pénétrer dans le canal nasal, et en le retirant il laisse la canule, que la plus légère résistance suffit pour détacher. La petite plaie, pansée à plat avec une mouche de taffetas gommé, est cicatrisée le troisième ou le quatriàme jour, et l'individu se trouve guéri. Un grand nombre d'opérations ont été faites d'après ce procédé, et M. Dupuytren se croit en droit d'établir en principe, d'après elles, qu'à peine une fois sur vingt les malades éprouvent quelques accidens causés, soit par la présence du corps étranger dans le canal nasal, soit par son ascension dans le sac lacrymal, soit enfin par sa chute dans les fosses nasales. Ces deux derniers cas, les plus ordinaires, comme le remarque notre habile professeur, laissent au malade l'espoir d'obtenir une guérison plus solide, par une opération nouvelle.

L'ouvrage de M. Ansiaux renferme encore un grand nombre d'observations ; mais comme elles sont détachées et n'offrent que des faits déjà observés, dont aucune considération nouvelle n'est déduite, nous nous abstenons d'en donner une analyse qui serait peu intéressante. Nous croyons cependant devoir signaler un cas remarquable d'empoisonnement par l'introduction d'une poudre arsénicale dans le vagin. Une femme fut saisie tout à coup de vomissemens répétés, de selles abondantes, avec gonflement considérable des parties génitales, pertes utérines, etc. Dans le cours de ses souffrances, elle confie à deux voisines qui la soignaient, que son mari, qui déjà précédemment avait cherché à l'empoisonner avec de l'arsenic jeté dans une tasse de café, lui avait introduit, au moment de jouir de ses droits conjugaux, une poudre de la même substance dans le vagin. Peu de temps après cette révélation elle succomba. Chargés de l'ouverture du cadavre, les hommes de l'art trouvèrent *la vulve et le vagin gangrénés*, *le ventre*

météorisé, et les intestins enflammés et gangrénés. Ces faits, joints à d'autres preuves physiques et morales, décidèrent la conviction du jury sur la culpabilité du mari. Considérée sous le rapport médico-légal, cette observation peut faire adresser des reproches graves aux experts. Nous ne pensons pas, en effet, que la présence du poison et la découverte de sa nature ne soient qu'une perfection de plus ajoutée à la connaissance du fait, ne soient en un mot que des surpreuves d'un crime, dont les symptômes de la maladie et les circonstances morales peuvent à elles seules attester la réalité [1]. Il est pénible de voir la vie des citoyens dépendre de l'opinion qu'un homme de l'art peut s'être formée de la nature d'une maladie, et se trouver soumise à l'arbitraire des théories. Nous ne prétendons pas, par ces réflexions, donner à penser que nous doutons de la réalité du crime commis par l'époux de l'infortunée qui fait le sujet de l'observation; mais on ne saurait pardonner aux experts préposés à l'examen du corps, de n'avoir seulement pas songé à s'assurer de la présence du poison dans les organes génitaux.

Les fastes de la médecine offrent peu de cas analogues à celui que rapporte M. Ansiaux. On en connaît cependant un autre que lui-même cite, et qui est consigné dans les Actes de la Société de médecine de Copenhague [2]. Dans celui-ci, au moins, les parties génitales de la femme montrèrent-elles la preuve matérielle et par conséquent la plus importante du crime. Pour dissiper même tous les doutes, le collége de médecine fit sur deux jumens des expériences qui prouvèrent la possibilité de l'empoisonnement avec l'arsenic par la voie du vagin, et la ressemblance entière des accidens observés chez ces animaux avec ceux que la femme avait présentés.

---

[1] Fodéré, *Médecine légale*, t. IV, p. 213.

[2] *Acta regiæ Societatis medicæ Hafniensis*, vol. III, p. 178.

Comme faits physiologiques, ces deux observations ne présentent rien d'extraordinaire. Nous savons en effet que, porté dans le rectum, ou même appliqué sur la surface de certains ulcères, l'arsenic a été absorbé et a donné la mort; mais il importe au médecin-légiste d'être sur ses gardes, pour dévoiler des crimes aussi atroces à l'autorité. Il nous semble néanmoins qu'on doit donner le moins de publicité possible aux discussions sur ces odieuses matières, la crainte des lois cédant trop souvent à l'espoir de l'impunité que peut faire concevoir la connaissance d'un moyen de destruction peu ordinaire et si facile à employer.

Une seconde Dissertation de médecine légale fait honneur à la sagacité de M. Ansiaux, qui parvint à détourner la hache de la tête d'une femme, accusée, contre toutes les probabilités, d'avoir étranglé son mari, et condamnée, d'après la déposition d'un docteur en médecine et d'un officier de santé, qui, ayant examiné le cadavre *soixante-cinq jours après l'inhumation*, déclarèrent que l'individu était mort strangulé, parce qu'*ils lui avaient trouvé la bouche béante, et toute la partie antérieure du cou meurtrie*. A cette occasion, l'auteur « fait des vœux pour que le gouvernement s'occupe de régulariser l'exercice de la médecine légale. Trop souvent l'honneur et la vie des citoyens sont confiés aux mains de l'ineptie, de l'ignorance ou de la prévention. L'assertion d'un guérisseur de campagne, imprudemment consulté, peut amener des suites épouvantables, et répandre la mort et la désolation dans des familles innocentes.... Quelquefois, il est vrai, l'impéritie trop saillante frappe les magistrats, et les arme d'une salutaire défiance; mais quelquefois aussi, étrangers en de semblables matières, ils ne démêlent point la suffisance du charlatan d'avec la noble assurance du maître, et l'erreur vient préparer et dicter les arrêts de la justice.... Nous croyons qu'il serait bon d'imiter l'exemple des nations où l'on a fait de

la médecine légale une branche de la police judiciaire. Ceux à qui elle est confiée, et qui n'ont obtenu ces fonctions délicates qu'après un concours et des preuves de talent et de moralité, sont regardés comme des officiers publics. On pourrait en attacher aux tribunaux un nombre proportionné à l'étendue de la population. » Ces idées sont trop sages pour ne pas obtenir les suffrages de tout homme qui aime réellement ses semblables.

Tels sont les faits les plus remarquables que contiennent les Mémoires de M. Ansiaux. Ils sont en général présentés avec franchise, et décrits avec une simplicité qui garantit l'attention exacte avec laquelle l'auteur les a recueillis; mais plusieurs, d'un faible intérêt, auraient dû être éliminés, et le livre, réduit à quelques Mémoires bien faits, n'aurait rien perdu de son mérite par cette suppression. Tel qu'il est, cependant, il ne figurera pas à la vérité parmi les ouvrages classiques, mais au moins ne sera-t-il pas confondu dans la foule de ces productions informes qu'un même jour voit naître et mourir.

L. J. BÉGIN.

Mémoire *sur l'hydrocéphale ou céphalite interne hydrocéphalique*; par J. F. Coindet. Paris et Genève, 1817. Un vol. in-8°. de 285 pages.

Ce Mémoire a été fait pour être envoyé à la Société royale de Médecine de Bordeaux. Avant d'en rendre compte, il ne sera peut-être pas inutile de faire quelques réflexions sur les corporations savantes et sur les avantages qui peuvent en résulter pour les progrès des sciences.

Le but premier de leur institution paraît avoir été de faciliter la propagation des découvertes et la communication des idées, en établissant un lien qui unît les premiers d'entre tous les hommes de mérite qui se livrent à l'étude d'une même science. On a pensé qu'en rapprochant ces hommes distingués par leur savoir, une heureuse émulation s'établirait, et porterait chacun d'eux à se distinguer parmi ses confrères, et que tous les savans qui ne feraient point partie de ces associations chercheraient à se rendre dignes d'y être admis, en se livrant avec ardeur à des travaux susceptibles de fixer l'attention. Pour leur faciliter les moyens de se faire connaître, et pour les guider dans leurs recherches, les Académies proposèrent divers problèmes, dont la solution pouvait servir à compléter la science, et des prix furent promis et distribués à ceux qui répondaient à l'appel qu'on leur faisait. Si l'on voulait d'un seul trait caractériser les avantages immenses qui peuvent résulter de ces institutions, quand leur marche est dirigée par un homme tel que Louis, cet illustre Secrétaire de l'Académie royale de Chirurgie, il suffirait de citer les Mémoires de cette Société célèbre, dont la splendeur a disparu avec l'homme remarquable qui lui avait donné le mouvement et la vie.

Si cette Académie, qui a tant contribué aux progrès de la chirurgie, a laissé un si beau monument de ses travaux, ce n'est pas qu'elle n'eût dans son sein que des écrivains du premier mérite; mais on y voyait les Louis, les la Peyronnie, les Percy, les Morand, les Sabatier, et l'éclat dont brillaient ces chirurgiens célèbres, si connus par leurs écrits, rejaillissait sur ceux de leurs collègues qui se bornaient à la pratique de l'art.

Pourquoi n'est-il aucune Société de médecine dont on puisse dire qu'elle a fait autant pour les progrès de la science? Sans sortir du temps présent, serait-ce parce qu'elles sont trop nom-

breuses, ou parce qu'elles ne mettent pas assez de sévérité dans le choix des membres qu'elles admettent dans leur sein? Est-ce parce que l'activité pour les recherches et les découvertes est actuellement moins grande? Il serait téméraire de vouloir répondre à toutes ces questions : mais, sans rien décider à cet égard, il est certain que l'on ne voit pas la nécessité d'établir d'autres Sociétés médicales que celle de l'Ecole de Paris, à laquelle sont sans doute agrégés les professeurs des deux autres Facultés; il suffirait d'y admettre un plus grand nombre de membres, sans néanmoins dépasser de sages limites.

Peut-être faudrait-il aussi augmenter le nombre des fauteuils de l'Académie des Sciences réservés aux médecins et aux chirurgiens.

Cependant, qui oserait proposer d'abolir cette Société médicale d'émulation, qui fut élevée au milieu des troubles politiques, et dont les fondateurs sont maintenant, la plupart, les médecins les plus recommandables de Paris? Mais le zèle de ses membres diminue chaque jour, dit-on, et l'on doit leur en faire de vifs reproches. Cette Société pourrait, en effet, devenir une sorte d'arène préparatoire, où les candidats qui aspireraient aux places de la Société de l'École et de l'Académie des Sciences, feraient leurs preuves : et, pour le dire en passant, les belles-lettres pourraient elles-mêmes retirer quelque avantage d'une institution de ce genre; bien entendu qu'elle ne serait jamais un encouragement ni une consolation pour la médiocrité incurable. C'est ainsi que, s'il faut en croire quelques indiscrets, il est certain Cercle médical de Paris, où, pour obtenir de s'asseoir à côté de médecins aussi respectables qu'éclairés, il suffit d'être présenté par deux membres, et de fournir *un diplôme de docteur, des certificats d'études, ainsi que des observations recueillies dans les Cliniques des hôpitaux de la capitale!*

Les Sociétés de Médecine se sont tellement multipliées en France, que tout élève sortant de dessus les bancs rougirait de revenir dans sa ville natale sans être affilié au moins à deux ou trois d'entre elles : ainsi, dans certaines contrées ultra-rhénanes, pour être remarqué, il faut être porteur d'un grand nombre d'ordres et de cordons de toutes couleurs.

J'en demande mille fois pardon ; mais le Mémoire de M. Coindet m'a révélé l'existence d'une Société de Médecine à Bordeaux. J'étais assez loin de penser que cette ville renfermât une quantité telle d'hommes de l'art, que l'on pût, après en avoir pris les plus marquans par leur savoir, former une réunion académique. Je confesse ici m'être trompé, et je le reconnais avec d'autant plus de plaisir, qu'il me paraît, au choix de la question traitée par M. Coindet, que la Société qui a couronné son Mémoire désire appeler l'attention des médecins qui aspirent aux palmes académiques sur des sujets vraiment dignes de les fixer.

Cette Société avait publié le programme suivant, en 1817 :

Exposer les signes de la maladie, les causes et le traitement de l'hydrocéphale interne (hydro-encéphale), appuyés sur l'observation, l'expérience et l'autopsie cadavérique.

Dans ce programme, je vois d'abord trois mots inutiles ; *de la maladie*. L'addition du mot *hydro-encéphale* est pour le moins superflue. *Appuyés sur l'observation*, *l'expérience et l'autopsie cadavérique*, forment une période assez claire ; mais peut-être eût-il été mieux de dire : *sur l'observation exacte des malades et des cadavres*.

Il est incontestable que le mot *hydrencéphale* ne peut désigner seulement l'*hydrocéphale aiguë*. En admettant, avec M. Coindet, que dans cette affection l'épanchement soit constamment dans les ventricules, ainsi qu'il le dit lui-même, souvent il en est de même dans l'hydrocéphale chronique ; celle-ci mérite donc, aussi bien que l'autre, le nom d'*hydren-*

céphale, qui, selon M. Coindet, signifie *hydropisie du cerveau.* Le néologisme ne doit être toléré que lorsque des objets nouveaux ou des idées nouvelles réclament des mots nouveaux. Quoi de plus bizarre que le nom de *céphalite interne hydrencéphalique*, que ce médecin donne aussi comme synonyme d'*hydrocéphale aiguë?* Il suffit de traduire ces trois mots pour en faire sentir tout le ridicule : *inflammation interne de la tête, avec épanchement d'eau dans le cerveau.*

Après un exposé très-succinct et très-incomplet de ce que l'on sait sur l'hydrocéphale chronique, l'auteur donne la description de l'hydrocéphale aiguë, dont il admet deux variétés. L'une est, à son début, plus lente et plus obscure; l'autre, plus rare, a une marche plus rapide et plus déterminée. La première, dit-il, *se lie avec les hydrencéphales aiguës symptomatiques*, la seconde *plus essentiellement avec l'idiopathique.*

D'après Whytt, il divise la première variété en trois périodes, et en donne une description détaillée. Il paraît attacher beaucoup d'importance à ce qu'il appelle *le cri ou soupir plaintif hydrencéphalique*. Plusieurs médecins allemands s'occupent aussi beaucoup de ce cri, qu'ils regardent comme un signe pathognomonique de l'hydrocéphale. Je ne l'ai jamais entendu; mais depuis que j'ai appris qu'un célèbre accoucheur de Berlin prétend reconnaître les grossesses extra-utérines *au son de la voix de la malade*, je n'ai pas grande confiance dans toutes ces remarques miraculeuses et divinatoires qu'on nous vante si fort.

Quoi qu'il en soit, je ne crois pas davantage à l'infaillibilité de deux signes tirés de l'urine, qui, selon M. Coindet, tantôt présente *un dépôt blanc farineux crétacé*, et tantôt est remplie de particules *micacées*, qui forment à sa surface une pellicule brillante, ou se précipitent comme un nuage léger formé de petits cristaux très-éclatans, et d'une substance que

M. Coindet suppose être de l'urée, dont la quantité est augmentée, selon lui, par un état du cerveau qui agit sur la sécrétion des urines.

L'auteur avoue, plus loin, avoir retrouvé ce dépôt deux fois dans d'autres maladies catarrhales, qui semblaient n'avoir aucun rapport avec le cerveau. On ne saurait donc le considérer comme un signe pathognomonique de l'hydrocéphale aiguë. Quand cessera-t-on d'ailleurs de chercher, autre part qu'à la tête, les signes caractéristiques de l'hydrocéphale? Ce sera sans doute lorsqu'on sera bien convaincu que, dans toute maladie, il faut, autant que possible, connaître l'organe lésé, si l'on ne veut rester éternellement dans un vague aussi ridicule en théorie, que nuisible et insupportable dans la pratique.

M. Coindet convient que, presque toujours, l'hydrocéphale chronique est précédée des signes de l'hydrocéphale aiguë; que, quand celle-ci est symptomatique, aux signes qui la caractérisent se joignent des *maux de ventre* et d'autres symptômes qui n'appartiennent pas à l'encéphale, tels que ceux tirés de l'aspect des déjections, et qu'elle survient *quelquefois dans le cours d'une fièvre bilieuse*, ou dans la convalescence d'une scarlatine, sans aucun symptôme précurseur; enfin, qu'elle paraît suspendre la marche de ces maladies pour suivre celle qui lui est propre, quand, au contraire, cette affection est idiopathique. D'autrefois, elle débute brusquement par un appareil de symptômes semblable à celui d'un état inflammatoire du cerveau, ou par des attaques de convulsions, tellement qu'il est difficile, dans le début, de la distinguer d'une fièvre inflammatoire. Enfin, « un symptôme, dit M. Coindet, que l'on retrouve quelquefois, surtout dans la maladie idiopathique, c'est la résistance à de fortes doses d'émétique, résistance telle, que les malades de la première période, malgré les nausées continuelles, ne *vomissent pas même avec des doses doubles, triples de tartre émétique, ce qui, dans plusieurs*

cas douteux dans leur début, est devenu pour moi un moyen assez certain de diagnostic. » Étrange moyen, selon moi, de s'éclairer sur le caractère d'une maladie, que de prodiguer un remède aussi héroïque et si dangereux, dont il est certain que, dans quelques cas, on abuse d'une manière effrayante.

A l'occasion des divers modes de terminaison dont l'hydrocéphale est susceptible, l'auteur rapporte une observation qui tend à prouver que, dans la convalescence, une mort subite peut survenir, parce que le liquide contenu dans les ventricules latéraux se répand tout à coup dans le troisième et le quatrième, d'où résulte la cessation subite de la compression, et par conséquent un collapsus mortel du cerveau. Mais ne faudrait-il pas d'abord démontrer que le malade peut devenir convalescent, lorsqu'il existe encore de la sérosité dans un ou plusieurs ventricules de son encéphale?

Tout ce que dit M. Coindet sur ce qu'ont appris les ouvertures de cadavres relativement à l'hydrocéphale, est traité avec beaucoup de soin. Il n'ajoute rien à ce que chacun sait sur cette matière, mais il ne reste pas audessous de son sujet. L'existence de la communication des ventricules latéraux entre eux, et avec le troisième par les trous que Monro prétendit avoir découverts en 1753, lui semble parfaitement démontrée; mais on ne doit pas, selon lui, chercher ces trous dans le *septum lucidum*. Ils sont formés par un vide ou fissure qui existe entre cette cloison et la couche des nerfs optiques, de manière que les extrémités antérieures des ventricules latéraux communiquent avec la partie supérieure et antérieure du troisième. Enfin, c'est dans l'hydrocéphale aiguë, mais surtout dans l'hydrocéphale chronique, que l'on voit distinctement ces trous, dont l'existence, dit-il, a été méconnue par le docteur Gall. Cependant, si l'on réfléchit un instant à l'exactitude bien connue de ce célèbre anatomiste, qui a fait une étude spéciale de la structure du cerveau, on ne peut s'empêcher

de présumer que peut-être M. Coindet a pris pour une conformation naturelle et constante ce qui n'était qu'une altération accidentelle et pathologique.

Il insiste sur une particularité qui paraît mériter en effet quelque attention, mais qui semble néanmoins peu faite pour exciter l'étonnement. Dans presque tous les cas d'hydrocéphale qu'il a été à même d'observer, il dit avoir trouvé un épanchement assez considérable, et de même nature, dans le canal vertébral, ce dont il s'est assuré en inclinant le cadavre. A la présence du liquide dans cette cavité, il attribue divers symptômes qui paraissent évidemment être dus à la lésion du prolongement rachidien.

Les lésions organiques du pont de Varole, des corps olivaires, du cervelet; les tumeurs, les tubercules, les kystes de diverses grosseurs, avec ou sans suppuration, ou ramollissement de la substance cérébrale, lui paraissent devoir être considérés, non comme les effets, mais bien comme les causes de l'hydrocéphale, quand ils coexistent avec cette dernière maladie. La liaison de ces diverses affections doit être, dit-il, indiquée comme un objet de recherches neuves, qui jetteront un grand jour sur l'hydrocéphale. Pourquoi n'a-t-il pas fait ces recherches, lui qui s'est trouvé à portée de voir un grand nombre de maladies de ce genre? La Société de Bordeaux, qui sait qu'il ne suffit pas de connaître les affections primitives, ne lui avait nullement prescrit de passer légèrement sur les hydrocéphales symptomatiques. Sous ce rapport, M. Coindet a laissé dans son ouvrage un bien grand vide, qui, tant qu'il existera, rendra tout à fait incomplète l'histoire de l'hydrocéphale.

A quelle époque de la maladie se forme l'épanchement, et à quels signes peut-on le reconnaître? Cette question ne lui paraît pas susceptible d'une réponse satisfaisante dans l'état actuel de la science. « C'est par la médecine vétérinaire qu'on y

parviendra, dit-il, en faisant sur l'état pathologique des recherches bien plus utiles que toutes ces opérations cruelles dont on a tourmenté de *malheureux* animaux, dans le but, le plus souvent illusoire, de déterminer des points douteux de physiologie. » Sans s'arrêter à faire remarquer que, dans cette phrase, le mot *déterminer* signifie *éclaircir,* ce dont M. Coindet aurait dû avertir le lecteur, on ne peut s'empêcher de s'arrêter un instant sur cette sensibilité exquise dont quelques personnes affectent de se parer depuis quelque temps. En admettant que les expériences sur les animaux n'aient pas donné des résultats aussi satisfaisans qu'on pouvait le désirer, et cela est vrai pour quelques points; en supposant même qu'elles n'aient été d'aucune utilité réelle, ce qui n'est pas, il est certain qu'on ne peut blâmer ceux qui se sont livrés à ce genre de recherches, puisque la vraie sensibilité est celle qui engage à braver tous les sots préjugés, à faire taire toutes les répugnances frivoles, quand il s'agit de contribuer au bien-être de l'espèce humaine. Or, tel était certainement le but de tous les physiologistes qui ont fait des expériences sur les animaux. On ne doit donc leur faire aucun reproche, parce qu'ils n'en méritent aucun aux yeux de l'homme sensé qui ne confond pas le *genre sentimental* avec la véritable sensibilité, dont il n'a jamais pensé à se dépouiller pour en adopter le masque ridicule et mensonger. Il serait curieux de savoir si tous ces critiques, dont les nerfs sont si délicats, s'abstiennent de manger les vertueuses colombes, les innocens passereaux sur lesquels notre impitoyable appétit appelle sans scrupule le fusil du chasseur. Espérons que ces Messieurs, à l'instar des Mahométans, en viendront jusqu'à établir des hôpitaux pour les malheureux dont ils plaident la cause avec une chaleur si édifiante.

La recherche des signes auxquels on peut reconnaître les enfans prédisposés à l'hydrocéphale, ne présente rien de neuf, et n'apprend rien sur ce que tout le monde ignore à ce sujet.

M. Coindet, voulant savoir, de la manière la plus sûre, à quel âge et dans quelle saison la maladie est plus commune, a fait le relevé des dix dernières années des registres mortuaires de Genève, institués dans cette ville d'après un règlement de police que fit, en 1543, Calvin, à qui M. Coindet prodigue les épithètes de *grand homme d'état et de génie*, dont bien des gens auront sans doute l'audace de lui contester la juste application dans ce cas.

Les résultats de ses recherches ne diffèrent point de ce qu'on savait sur ces divers points. Les registres d'après lesquels ses tables ont été dressées, ayant été tenus par un homme d'un grand mérite et d'une grande probité, on ne peut en contester la justesse; mais il ne faut pas perdre de vue qu'elles ne sont basées que sur la déclaration des médecins qui ont traité les malades : et, sans vouloir porter, en aucune manière, atteinte à la réputation méritée des praticiens de Genève, peut-être les enfans de cette ville meurent-ils de l'hydrocéphale aussi souvent que, chez nous, ils meurent de fièvres malignes et de convulsions.

M. Coindet traite ensuite fort au long des causes de l'hydrocéphale. Il tombe dans des répétitions qui ne sont pas la partie brillante de son livre. Tout ce qu'il dit mérite peu qu'on s'y arrête, parce qu'en général il y a trop de ce vague si commun dans les ouvrages de médecine. Il rapporte plusieurs observations, parmi lesquelles il en est une qui, grâces à la prolixité de l'auteur et à l'effroyable polypharmacie qu'il étale, occupe plus de neuf pages. Il convient d'abandonner au lecteur le jugement qu'on doit en porter. M. Coindet pense que l'intussusception des intestins est une cause *indirecte nerveuse* de l'hydrocéphale. Il aurait dû dire que l'inflammation de ces viscères amenait souvent des épanchemens dans le crâne, et tout médecin qui ne craint pas de faire ouvrir les cadavres des hommes qu'il n'a pu soustraire à la mort, en est bien convaincu.

Que dire d'une *phthisie pulmonaire simulée se terminant par une hydrencéphale occasionée par des tubercules du cervelet*, dont M. Coindet donne l'observation? Rien : car on ne sait ce que signifie une maladie simulée qui se termine par une maladie qui ne l'est pas.

Tout ce fatras est suivi d'une notice historique sur la maladie qui fait le sujet du Mémoire, ou plutôt d'un précis assez *ample* de ce qui a été dit sur cette maladie. M. Coindet termine en déclarant qu'il considère l'hydrocéphale aiguë « comme une inflammation des parois des ventricules, d'une nature particulière, différente de l'inflammation phlegmoneuse, dont l'épanchement aqueux est la plus fréquente terminaison, mais non l'unique. » A travers les incorrections de ce style welche, comme disait Voltaire, on découvre que M. Coindet n'a pas bien su ce qu'il voulait dire.

Encore une fois il revient à l'*épanchement*, puis aux *ventricules du cerveau et à leurs maladies*, au *diagnostic*; il arrive au *pronostic*, et enfin au *traitement*, qui se réduit, selon lui, à donner d'abord des antiphlogistiques, et ensuite des toniques. Et puis ce sont des observations sur l'emploi de la saignée, des vésicatoires, des sétons, des cautères, des vomitifs, des purgatifs, des fleurs de zinc, de l'opium, du vin, des lavages d'eau froide, du phosphore, du mercure, des sternutatoires, de la digitale et de la ponction! et puis des observations de Sinclair et de Paisley! et puis enfin, qui s'y serait attendu? une copie de l'article *hydrocéphale* du *Repertorium medicinæ practicæ* de Ploucquet! Il y a réellement quelque chose de trop plaisant dans ce naïf étalage d'érudition. Je ne sais si le lecteur est fatigué de me lire; pour moi, je suis las de traiter un sujet aussi ingrat, et je me hâte de finir, un peu tard, pourra-t-on dire.

Il est évident que M. Coindet est parti d'un principe faux, en supposant que l'hydrocéphale aiguë et l'hydrocéphale

chronique sont deux maladies essentiellement différentes : bien loin d'avoir contribué à éclaircir les doutes qui peuvent encore rester dans l'esprit de quelques médecins, il n'a fait qu'ajouter de nouvelles incertitudes, en méconnaissant le véritable caractère de cette maladie. Tout porte à croire qu'elle n'est qu'une inflammation de la membrane séreuse du cerveau, et même, dans quelques cas où l'on a trouvé l'eau contenue dans la propre substance de cet organe, une inflammation du viscère lui-même. Cette phlegmasie, tantôt aiguë, tantôt chronique, quelquefois indolore et latente, quand sa marche est peu rapide, amène plus ou moins promptement un épanchement aqueux, ainsi qu'il arrive à la suite des inflammations de la plèvre, du péricarde, du péritoine et de la tunique vaginale.

En annonçant le désir de bannir de son livre toutes les hypothèses, l'auteur n'a pas tenu parole. Ce qu'il y a de plus fâcheux pour lui et pour ses lecteurs, c'est que son Mémoire n'ajoute rien à ce que l'on savait sur une maladie beaucoup moins inconnue qu'on n'affecte de le dire. Si M. Coindet eût réduit à une trentaine de pages ce qu'il a noyé dans un volume, il aurait mieux distingué le désordre de son plan, totalement irrégulier, et l'incohérence de quelques-unes de ses idées. On doit regretter que ce médecin soit si éminemment étranger à l'art difficile, il est vrai, de faire un bon livre ; car, dans plusieurs endroits du sien, il a prouvé qu'en dépit d'une théorie erronée, il savait quelquefois saisir les indications avec habileté, et les remplir avec succès.

HISTOIRE *d'une résection des côtes et de la plèvre;* par M. le chevalier RICHERAND; Paris, 1818. In-8°. de 22 pages.

En médecine, l'expérience rend chaque jour de plus en plus circonspect, et inspire une sorte de scepticisme dont on a peine à se défendre quand on considère, d'une part, le conflit des théories tour à tour prônées et renversées, de l'autre, les modifications sans nombre qu'une foule de circonstances, difficiles à prévoir, apportent dans le caractère des maladies internes, et dans la manière d'agir des substances médicamenteuses. En chirurgie, au contraire, elle donne une hardiesse qui conduit à tenter des opérations inaccoutumées. Mais il ne faut pas confondre la noble assurance, fondée sur une longue étude des lois de l'économie, et sur une analogie bien calculée, avec l'audace blâmable, nous dirons même coupable, qui porte à tenter des procédés pour le succès desquels il n'existe presque aucune chance favorable. Sous ce point de vue, les chirurgiens français méritent les plus grands éloges : prudens, comme on doit l'être quand il s'agit de la vie des hommes, ils n'ont pas conçu la monstrueuse idée de lier la fin de l'aorte ventrale, mais ils sont allés plus loin que ceux des autres nations dans tout ce que la raison ne désavoue pas, soit en rectifiant la voie que leurs voisins avaient tracée, soit, le plus souvent, en s'ouvrant des chemins tout à fait nouveaux.

La petite brochure publiée par M. Richerand renferme la description d'une opération dont les fastes de l'art n'offrent aucun exemple, et qui, pour nous servir des expressions employées par MM. les rapporteurs de l'Académie royale des Sciences, est une de ces brillantes conquêtes dont la chirurgie

française a droit de s'enorgueillir. « Que notre collègue, disent MM. Deschamps et Percy, soit allé attaquer jusque dans la poitrine, jusque près du cœur, les racines d'un cancer que les côtes semblaient invinciblement dérober à l'instrument, c'est le trait d'une chirurgie extraordinaire et en quelque façon héroïque, dans laquelle on ne sait ce qu'il faut admirer le plus, ou de la conception du plan ou de l'habileté de l'exécution. »

Le malade, homme de l'art lui-même, âgé de quarante ans, et d'une complexion robuste, portait, depuis trois ans, sur la région du cœur, une tumeur cancéreuse qui, extirpée deux fois et cautérisée à plusieurs reprises, s'était toujours reproduite avec un appareil de plus en plus formidable d'accidens. Désespéré de ne retirer aucun fruit de tant d'opérations si douloureuses, le malade vint se mettre entre les mains de M. Richerand.

Un fongus énorme, mollasse et brunâtre, s'élevait de la plaie, d'où suintait abondamment une sanie fétide. Les douleurs étaient modérées, et il n'y avait ni sueurs ni diarrhée. On pensa que la tumeur avait bravé l'action du fer et du feu parce qu'elle se trouvait cachée sous les côtes, dont il fut décidé que l'on pratiquerait la résection.

M. Richerand fit l'opération en présence de M. Dupuytren et de plusieurs autres personnes de l'art qui l'aidèrent de leur coopération. Il commença par donner une forme cruciale à la plaie, afin de l'agrandir : il découvrit ainsi la sixième côte, qui lui parut gonflée et rugueuse dans quatre pouces environ de sa longueur. Avec un bistouri boutonné, dont il conduisit la pointe le long de ses bords supérieur et inférieur, il coupa les muscles intercostaux ; puis, avec une petite scie dont le bord dentelé n'offrait pas plus de quinze lignes de longueur, il scia l'os aux deux extrémités de la portion malade, qu'il détacha

facilement de la plèvre au moyen d'une simple spatule. La même opération fut faite sur la septième côte, dont la séparation d'avec la plèvre présenta plus de difficultés, et ne put avoir lieu qu'avec un léger déchirement. La membrane s'offrit alors épaissie, évidemment carcinomateuse, et donnant naissance à la végétation, qui faisait irruption dans l'espace compris entre les deux portions de côtes enlevées. Elle était malade dans une étendue de huit pouces carrés environ. L'habile opérateur se décida sur-le-champ à faire l'éradication du mal, en retranchant la portion désorganisée de la plèvre. Cette excision, pour laquelle il se servit de ciseaux à lames recourbées sur leur tranchant, eut lieu sans effusion de sang, au grand étonnement de toutes les personnes présentes. Mais à peine le lambeau fut-il détaché, que l'air extérieur, se précipitant par la plaie dans la cavité thoracique du côté gauche, refoula violemment le poumon, qui se porta vers l'ouverture, avec le cœur enveloppé du péricarde, et occasiona une suffocation dont les angoisses inquiétèrent un moment. Cependant une large compresse, enduite de cérat, fut appliquée sur la plaie, par laquelle l'entrée de l'air ne put plus avoir lieu : un plumasseau de charpie, large et épais, soutenu par une bande médiocrement serrée, termina l'appareil.

Pendant douze heures, l'anxiété et la difficulté de respirer furent extrêmes; des sinapismes appliqués à la plante des pieds et à la face interne des cuisses, joints à des tisanes calmantes et antispasmodiques, rendirent la respiration plus forte, relevèrent le pouls et ranimèrent les forces. Cependant l'oppression demeura assez forte pour priver le malade de sommeil pendant trois jours : le quatrième, on leva le premier appareil : on trouva le péricarde et le poumon adhérens au contour de l'ouverture quadrilatère. Une sérosité, produite par l'inflammation des surfaces, coula en abondance pendant quinze jours, à la faveur d'un intervalle entre le péricarde et

le poumon, qui ne se referma qu'au dix-huitième jour. L'air cessa dès-lors de s'introduire dans la poitrine; le malade put se coucher sur le côté gauche; des bourgeons charnus s'élevèrent du poumon et du péricarde; la plaie fut pansée simplement, et le malade partit, vingt-sept jours après l'opération, pour Nemours, lieu de son domicile, muni d'une plaque de cuir bouilli, destinée à recouvrir la cicatrice quand elle serait achevée.

M. Richerand aurait dû se borner à nous tracer l'histoire d'une opération qui lui fait le plus grand honneur, puisque la réussite en peut être considérée comme un événement qui sort presque des bornes du vraisemblable, et dont la réalité serait révoquée en doute, si on le trouvait consigné dans quelque auteur ancien. Mais il s'est trop hâté d'étendre l'application d'un procédé hardi, commandé par les circonstances, au traitement de l'hydropisie du péricarde, pour laquelle il propose un mode de curation semblable à celui dont on fait usage dans la cure de l'hydrocèle. S'il s'était donné la peine de réfléchir aux accidens inséparables d'une inflammation assez vive pour déterminer l'adhérence du cœur au péricarde, et à ceux qui ne manqueraient pas d'être le résultat de cette adhésion, lors même qu'elle aurait lieu sans orage, il se serait bien gardé de mettre en avant une proposition qui, naguère, lui eût paru révoltante à lui-même dans la bouche d'un autre, et qu'on ne saurait expliquer, de la part d'un physiologiste aussi instruit, si l'on ne savait que des succès inespérés peuvent troubler un instant les têtes les mieux organisées, et leur faire prendre les rêves de l'amour-propre égaré, pour les nobles inspirations de la plus pure philanthropie.

Le titre de cette brochure, plus remarquable par son contenu que par son étendue, nous fournira une dernière remarque : c'est que le mot *résection*, très-convenable pour désigner l'ablation d'une portion des côtes, ou de toute autre

partie dure, ne l'est point pour exprimer celle d'une certaine étendue de la plèvre ou de toute autre partie molle; il fallait ici *excision.* C'est surtout dans les productions d'un écrivain connu par la pureté de son style et l'élégance de sa diction, qu'on doit relever ces termes impropres, dont l'adulation ne tarderait pas à rendre l'emploi légitime, et même obligatoire.

SUR *le* Dyacanthos polycephalus, *nouvelle espèce de ver intestinal ;* par le docteur STIEBEL.

Un enfant de onze ans était sujet, depuis huit années, à des accès de spasmes, que plusieurs médecins avaient considérés comme épileptiques, et auxquels d'autres avaient opposé un traitement vermifuge, les croyant produits par un tænia. Cette dernière médication avait quelquefois diminué la violence des accès. Lorsque je fus appelé auprès du malade, le 2 octobre 1816, il ne se plaignait d'aucune douleur; mais il lui arrivait souvent de pleurer et de crier, en agitant les extrémités et ployant les cuisses sur le bassin : on sentait alors le cœur battre avec force. Vers la fin de l'accès, un mouvement convulsif agitait la lèvre supérieure, la pupille était dilatée, et l'œil très-sensible à la lumière. L'enfant ne tombait jamais en syncope; mais, quoiqu'il pût marcher pendant l'accès, il ne se souvenait plus ensuite de ce qu'il avait éprouvé. Il était fort maigre, et d'un appétit vorace. Me rappelant les bons effets des purgatifs dans les temps antérieurs, j'administrai le calomelas à fortes doses, mais sans succès. Alors j'eus recours à la valériane, dont je fus obligé de discontinuer l'emploi, parce que les accidens s'aggravaient. Les accès se succédèrent sans interruption, et les cris du malade devinrent si violens, qu'ils incommodaient tout le voisinage.

Cet état continua jusqu'au 29, malgré l'emploi de divers antispasmodiques et vermifuges. Alors je réfléchis que, dans les affections de cette nature, l'intensité croissante des spasmes est souvent un signe de leur cessation prochaine. En conséquence, je revins à l'emploi de la valériane, à laquelle j'associai les fleurs de zinc Les spasmes augmentèrent à la vérité; mais, sans m'effrayer, je redoublai la dose du médicament. Le 1er. novembre, les symptômes disparurent tout d'un coup, et le lendemain l'enfant rendit un animal vivant, enveloppé dans de la mucosité. Depuis lors il s'est toujours bien porté.

Au premier aperçu, on aurait pu prendre l'animal pour une chenille, car il semblait avoir une tête et des pieds nombreux; mais, en l'examinant avec plus d'attention, je vis que c'était un assemblage d'environ vingt animaux, réunis sur un tronc commun, à la manière des animaux composés de la classe des zoophytes. Ce ver singulier n'a encore été décrit par personne; les *Acanthophores* de Rudolphi sont les êtres dont il se rapproche le plus, c'est pourquoi je lui ai donné le nom de *Dyacanthos*.

La tête est composée de deux tentacules, et de deux lèvres garnies d'un petit crochet. Les tentacules portent en devant des espèces de griffes cornées et très-acérées. Ils sont prodigieusement rétractiles, comme les bras des polypes : cependant ils peuvent non-seulement se raccourcir, mais encore rentrer en eux-mêmes, comme dans un tube, et les endroits où ils se retirent ainsi s'annoncent par un léger renflement. En avant, ils font corps avec les lèvres, et, en arrière, ils laissent entre eux une échancrure assez profonde. Quand l'animal garde le repos, les tentacules sont appliqués l'un contre l'autre, et les lèvres relevées, de sorte que la cavité de la bouche se trouve tout à fait fermée. Mais lorsqu'il suce, les tentacules sont écartés sur les côtés et en avant : il paraît que leurs griffes cornées s'appliquent alors aux parois du tube in-

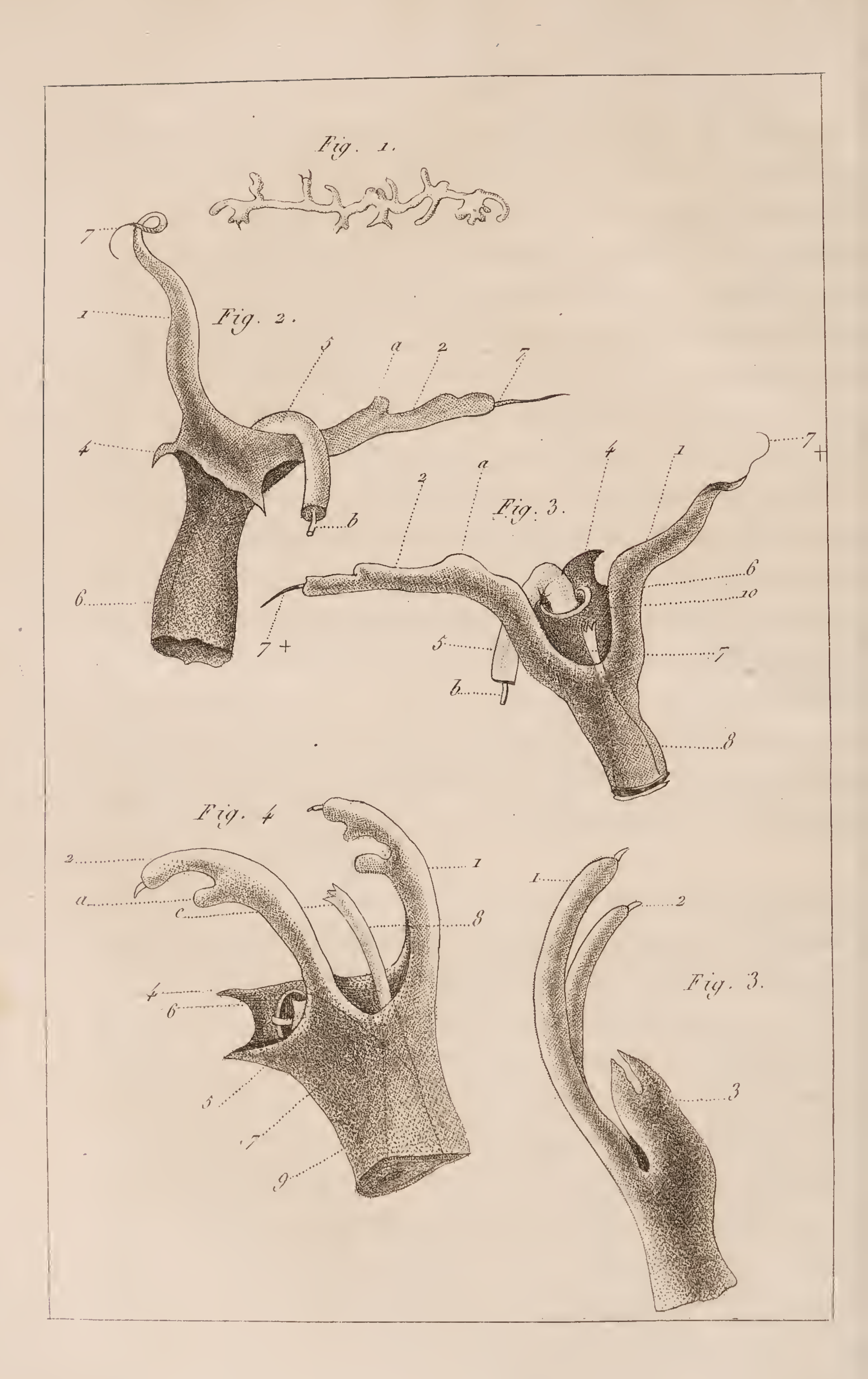


Fig. 1.
Fig. 2.
7
1
5
a
2
7
4
b
6
Fig. 3.
2
a
4
1
7+
6
10
7 +
5
7
b
8
Fig. 4
2
a
c
8
1
4
6
5
7
9
1
2
Fig. 3.
3

testinal, et qu'on doit attribuer les spasmes à l'irritation qu'elles produisent. Derrière les lèvres, dans la cavité formée par l'adossement des tentacules, se voit la bouche, ouverture ronde, entourée d'un bourrelet, et donnant issue au suçoir. En repos, ce suçoir ne sort pas de la bouche, où il est rentré en lui-même; mais lorsque l'animal suce, il dépasse de beaucoup les lèvres. On remarque à son extrémité antérieure un petit tube aspirant qui se prolonge un peu au-delà. Ce suçoir forme, à l'autre extrémité, le canal intestinal, qui n'en est proprement qu'une dilatation. Derrière l'œsophage sort une autre partie, qu'on doit regarder comme l'organe génital: cet organe se termine aussi par une cavité évasée; en avant il présente trois lobules, qui paraissent servir à fixer l'animal. L'organe génital est également rétractile.

Je soupçonne un mode particulier de reproduction chez cet animal. En effet, je n'ai pu découvrir d'œufs, ni dans l'organe génital, ni dans sa cavité. Je pense donc que cet organe est mâle, que la surface entière du corps de l'animal fait les fonctions d'organe femelle, mais que les gemmes ne peuvent s'y développer sans impulsion préliminaire, et que les trois lobules de l'organe génital donnent cette impulsion, en s'appliquant à la surface du corps; peut-être même une humeur quelconque est-elle sécrétée. Le mode de propagation du *Dyacanthos* tiendrait donc le milieu entre la prolification proprement dite et la gemmation, phénomène physiologique fort intéressant. J'espère que le temps répandra plus de lumières sur l'histoire de ce ver, dont j'ai remis l'exemplaire décrit entre les mains du professeur Blumenbach, à Gottingue.

Explication de la planche.

Fig. 1. Tronc commun du *Dyacanthos*. Fig. 2—5. Un ver isolé, et considérablement grossi. Fig. 2. L'animal vu par sa face supérieure. 1 et 2, tentacules; 4, lèvres; 5, suçoir; 6, in-

testin; 7, crochet du tentacule; *a*, renflemens qui indiquent l'endroit où les tentacules rentrent en eux-mêmes; *b*, tube aspirant du suçoir. Fig. 3. L'animal vu par sa face inférieure. 1 et 2, tentacules; 4, lèvres; 5, suçoir; 6, bouche; 7, organe génital; 7* 7*, crochets des tentacules; 8, dilatation de l'organe génital; 10, échancrure dans laquelle les tentacules se réunissent; *a*, renflemens qui indiquent l'endroit où les tentacules rentrent en eux-mêmes; *b*, tube aspirant du suçoir. Fig. 4. L'animal vu obliquement de côté, et dans l'état d'érection. 1 et 2, tentacules; *a*, leurs renflemens; 4, lèvres; 5, suçoir; 6, bouche; 7, intestin; 8, organe génital; 9, sa dilatation. *c*. crochets à l'extrémité antérieure de l'organe génital. Fig. 5. L'animal en repos et de côté. 1 et 2, tentacules; 3, lèvres.

OBSERVATION *sur une affection polypiforme, aiguë, et non décrite, pour servir à l'histoire des maladies de la membrane pituitaire.*

Cousin, soldat au quatrième régiment de hussards, âgé d'environ vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, et d'une très-bonne constitution, jouissait d'une parfaite santé, lorsque, sans cause connue, il fut atteint d'une inflammation du nez, vers le commencement de novembre 1816.

A son entrée à l'hôpital militaire de Lille, son nez, naturellement droit, de grandeur naturelle, et bien proportionné, était depuis quelques jours rouge, chaud, et considérablement tuméfié dans toutes les dimensions. Cet état inflammatoire était accompagné d'une douleur locale très-légère, et d'un sentiment de sécheresse et de gêne dans l'intérieur des fosses nasales, à travers lesquelles le passage de l'air était complétement intercepté; ce qui obligeait le malade de respirer uni-

quement par la bouche. La rougeur du nez, qui, en s'affaiblissant peu à peu, s'étendait jusqu'aux pommettes, disparaissait momentanément, comme dans l'érysipèle, par l'impression du doigt. Les ouvertures des narines étaient dilatées et entièrement obstruées par deux sortes de tumeurs coniques, grisâtres, élastiques, demi-transparentes, de l'aspect et de la consistance des polypes muqueux ou vésiculaires. Ces deux excroissances polypiformes, dont la base paraissait implantée dans l'intérieur des fosses nasales, et dont le sommet était dirigé en bas, avaient environ un demi-pouce de longueur. Elles étaient à peine sensibles au toucher, et pouvaient être en partie réduites, en les comprimant de bas en haut, mais elles reparaissaient aussitôt qu'on cessait d'exercer la compression. Elles semblaient avoir une structure intérieure vésiculaire ou celluleuse, analogue à celle des poumons de la grenouille, avec lesquels elles présentaient une sorte de ressemblance. Du reste, elles n'offraient aucune espèce d'écoulement ni de suintement.

On appliqua des fomentations émollientes sur le nez. La rougeur, la chaleur et le gonflement, dont il était le siége, diminuèrent peu à peu. Les deux prolongemens polypiformes devinrent la source d'un léger suintement séro-sanguin, passager, et finirent par disparaître, ainsi que le gonflement du nez. En examinant alors l'intérieur des fosses nasales, on put reconnaître que les tumeurs vésiculaires n'étaient autre chose que la membrane pituitaire elle-même, qui, prodigieusement gonflée et boursoufflée, avait fait saillie par les narines, point où elle n'éprouvait pas de résistance, de sorte que ces tumeurs avaient disparu aussitôt que le boursoufflement de la membrane muqueuse, auquel elles étaient dues, se fut dissipé. Dès-lors le passage de l'air à travers les fosses nasales redevint libre; la sécrétion du mucus nasal se rétablit; le malade respira facilement par le nez, et il sortit guéri, le 24 novembre, le septième jour de son entrée à l'hôpital, et environ le quatorzième de la maladie.

Cette affection, qui ne s'était jamais présentée à mon observation, et que je n'ai vue décrite nulle part, a beaucoup d'analogie, d'un côté, avec l'érysipèle, et, de l'autre, avec les polypes muqueux des fosses nasales. Elle se rapproche en effet de la première de ces maladies par la rougeur, la chaleur et la nature du gonflement dont le nez était le siége; et de la seconde, par la forme, la couleur, l'élasticité, la consistance et la structure apparente des deux tumeurs coniques, qui faisaient saillie hors des narines. Ses rapports avec cette dernière lésion organique étaient même tellement frappans, qu'on aurait pu facilement s'y méprendre, si la maladie eût été d'une date moins récente, et exempte d'inflammation. C'est cette circonstance surtout qui nous a engagé à publier ce fait, lequel, du reste, paraît devoir être considéré comme une inflammation générale du nez, dans laquelle la membrane pituitaire a participé à l'état phlegmonique, suivant un mode insolite, différent à la fois de celui qui constitue le coryza, et de celui qui est propre au développement des polypes vésiculaires, quoiqu'il se rapproche beaucoup de ce dernier.

CHAMBERET.

Notice *biographique sur le docteur* Rush.

Benjamin Rush naquit le 5 janvier 1745, près de Bristol en Pensylvanie. Ses ancêtres, qui appartenaient à la secte des quakers, suivirent, en 1683, Guillaume Penn dans cette partie de l'Amérique septentrionale à laquelle il donna son nom et des lois immortelles. Benjamin était encore enfant lorsqu'il perdit son père, qui exerçait la profession d'armurier. Confié aux soins d'une tendre mère, il reçut une éducation excellente, et se distingua par des progrès aussi rapides que brillans. Il n'avait pas atteint sa seizième année,

que déjà il était bachelier-ès-arts au collége de Princeton, à New-Jersey, dirigé par le très-habile humaniste Samuel Finley. Libre de choisir un état, il ne vit que la médecine qui offrît un champ vaste et inépuisable à son goût pour la culture des sciences, et à sa passion pour le soulagement de ses frères. Il prit les premiers élémens de l'art de guérir chez le docteur Jean Redman, praticien renommé de Philadelphie. Puis il se rendit à la fameuse Université d'Edinbourg, qui brillait alors du plus vif éclat. Il soutint avec beaucoup de distinction, en 1768, les examens d'usage pour obtenir le doctorat, ainsi que la Dissertation inaugurale : *De Concoctione ciborum in ventriculo ;* dans laquelle il proclama la doctrine du célèbre professeur Cullen, dont il se fit gloire d'être le disciple.

Tandis que Rush perfectionnait en Écosse son éducation médicale, on s'occupait à Philadelphie de fonder un collége de médecine. Les deux premiers, et pendant plusieurs années les deux seuls professeurs, furent Guillaume Shippen et Jean Morgan. On leur adjoignit, en 1768, le docteur Kuhn, et, l'année suivante, Rush fut lui-même, à son arrivée d'Édinbourg, installé dans la chaire de chimie. A la fondation de l'Université, en 1791, il fut chargé d'enseigner, à cette nouvelle école, les Institutions de médecine et la Clinique. « Doué de l'élocution la plus facile, et même parfois la plus brillante, il embellissait toutes les matières qu'il traitait. Sa méthode, sa simplicité, sa clarté, son enjouement, donnaient à ses leçons un charme particulier, et les gravaient parfaitement dans l'intelligence et la mémoire de ses nombreux auditeurs. Personne n'a formé dans les États-Unis autant de bons médecins (Desgenettes). »

Nommé membre et l'un des curateurs de la Société philosophique américaine, il remplit glorieusement cet honorable poste, tant sous le rapport d'académicien que sous celui d'administrateur. Pleins de confiance dans les lumières, le

patriotisme et la moralité du docteur Rush, ses concitoyens le choisirent pour leur représentant à cet immortel congrès qui jura de conquérir son indépendance, secoua le joug et brisa les chaînes que prétendait lui imposer l'orgueilleuse Angleterre.

L'année suivante, 11 avril 1777, Rush fut promu au grade de chirurgien général de l'hôpital militaire du département central; mais comme il s'était plus spécialement occupé de traiter les maladies internes, il échangea bientôt son emploi contre celui de médecin général du même hôpital. Bien que ses fonctions fussent parfaitement d'accord avec ses goûts, il les abandonna au bout de quelques mois, dégoûté par la mauvaise gestion des directeurs de cet établissement.

Les services nombreux et signalés que le docteur Rush rendit à sa patrie, lui donnent des droits sacrés à la reconsance publique. Il fonda le collége de Dickson en Pensylvanie, un dispensaire à Philadelphie, et d'autres établissemens utiles; il parvint, comme membre d'une société de philanthropes, à adoucir le code pénal de sa patrie, et, malgré des oppositions très-vives, il eut la satisfaction de voir le gouvernement de Pensylvanie ne plus infliger la peine de mort qu'au crime de meurtre au premier degré.

Doué d'une activité et d'un esprit d'ordre aussi précieux que rares, le docteur Rush sut remplir les devoirs de citoyen avec un zèle qui tenait de la passion, visiter régulièrement les nombreux malades qui réclamaient ses soins éclairés, et consacrer encore une grande partie de ses veilles à la composition de plusieurs écrits importans dont je dois maintenant présenter la liste.

I. *On the spasmodic asthma of childern*; c'est-à-dire, Sur l'asthme spasmodique des enfans; in-8°. Philadelphie, 1770.

II. *An inquiry into the influence of physical causes upon the moral faculty*; c'est-à-dire, Examen de l'influence des causes physiques sur les facultés morales; in-4°. Philadel-

phie, 1786. — Traduit en allemand, sur la seconde édition, par Auguste-Frédéric-Adrien Diel; in-8°. Offenbach, 1787.

III. *An inquiry into the effects of public punishments upon criminals and upon society*; c'est-à-dire, Examen des effets que produisent sur les criminels et sur la société les châtimens publics; in-8°. Philadelphie, 1787.

IV. *Medical inquiries and observations*; c'est-à-dire, Recherches et observations médicales; in-8°. Londres, 1789.

Cette collection intéressante fut si favorablement accueillie dans le nouveau comme dans l'ancien monde, que l'auteur se vit bientôt obligé d'en publier une seconde édition, et se décida à lui donner une suite, qui obtint le même succès. Parmi les dix-neuf Mémoires, tous utiles, contenus dans ce premier volume, j'en signalerai plus particulièrement quelques-uns [1] :

1. Recherches sur la médecine des habitans de l'Amérique septentrionale; avec la comparaison de leurs maladies et de leurs remèdes avec ceux des peuples cultivés.

2. Sur le climat de la Pensylvanie, et son influence sur le corps humain.

7. Observations d'angine trachéale.

8. Sur les effets des épispastiques et de la saignée dans les fièvres intermittentes.

9. Sur la nature et le traitement des maladies occasionées par l'abus des boissons froides dans les climats chauds.

10. Sur l'efficacité du sel de cuisine (muriate de soude) dans l'hémoptysie.

15 et 16. Sur les causes et le traitement du tétanos et de l'hydrocéphale.

17. De l'influence qu'ont exercée sur le corps humain les

---

[1] La plupart de ces Mémoires avaient été précédemment insérés dans des Recueils périodiques.

événemens militaires et politiques de la révolution américaine.

18. Sur les rapports réciproques du goût et des alimens.

19. Sur les devoirs du médecin, et les moyens de perfectionner l'art de guérir.

V. *Medical inquiries and observations;* volume 2; in-8°. Philadelphie, 1793.

Dix Mémoires composent ce second volume, digne de figurer à côté du premier. Je mentionnerai pareillement les articles dont la lecture m'a le plus intéressé.

2. Examen des effets que produisent les liqueurs alcooliques sur le corps humain, et leur influence sur la moralité publique.

L'auteur a traité plus amplement cette matière dans un opuscule in-8°. publié en 1805, à Philadelphie, sous ce titre: *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind; with an account of the means of preventing and of the remedies for curing them.*

3. Examen des causes et des moyens thérapeutiques de la phthisie pulmonaire.

L'auteur émet des opinions diamétralement opposées à la doctrine qui veut, *pour le bien de l'humanité*, s'arroger la suprématie médicale, et dont M. Broussais a été proclamé le chef, je dirais presque le Dieu, par MM. Monfalcon, Delpit et d'autres, qui professaient naguère, quoi qu'ils en disent, des principes absolument contraires. Rush prétend donc que la phthisie pulmonaire n'est point une maladie locale, mais une affection profonde de tout le système. L'état morbeux des poumons, au lieu d'être la cause, est, selon lui, le triste résultat de la faiblesse générale de l'économie. Il ajoute que les maladies locales des poumons n'engendrent point la phthisie; que de tous les militaires qui furent blessés aux poumons durant la guerre d'Amérique, aucun ne mourut de phthisie; qu'une irritation permanente de l'or-

gane pulmonaire ne se termine point par la phthisie ; que la plupart des meûniers, exposés à inspirer sans cesse de la farine, éprouvent une toux irritative continuelle, qui pourtant ne dégénère jamais, ou presque jamais, en phthisie ; que les tubercules des poumons doivent eux-mêmes leur naissance à la débilitation universelle. Désireux d'obtenir une réponse catégorique à ces questions, ainsi qu'à toutes celles qui ont la phthisie pour objet, j'ai consulté les principaux monographes de cette maladie désespérante et désespérée, depuis la mince Dissertation du professeur Meurer (1592) jusqu'à la misérable rapsodie du docteur Lanthois (1818) exclusivement. Quel fruit ai-je retiré de cette lecture pénible ? hélas ! une perplexité cruelle et une sorte de mépris pour les décisions magistrales des médecins. Bennet, Morton, Raulin, Portal, Baumes, Beddoes, Bonafox, Reid, Bayle, m'ont offert des argumens tantôt si frivoles, tantôt si erronés, souvent si absurdes, et presque toujours si contradictoires, que je me suis cru transporté dans une assemblée de graves et intolérans théologiens, dissertant, disputant, déraisonnant à l'envi sur la grâce, les miracles ou la trinité.

10. Des modifications que la vieillesse imprime au physique et au moral des individus ; avec des observations sur les maladies des vieillards et les moyens thérapeutiques qu'elles exigent.

VI. *Medical inquiries and observations ;* volumes 3, 4, 5.

Ce cinquième volume, moins varié que les précédens, et publié à Philadelphie en 1798, est plus spécialement consacré à l'histoire de la fièvre jaune, sur laquelle Rush avait déjà donné un Traité fort étendu et très-estimé, en 1794, sous ce titre :

An account of the bilious remitting yellow fever, as it appeared in the city of Philadelphia, in the year 1793.

Quoique l'on ait prodigué des éloges outrés à l'importance

des observations contenues dans cette monographie, quoique l'on ait exagéré les avantages du traitement, qui consiste principalement dans l'emploi répété de saignées abondantes et de purgatifs drastiques; je suis loin de révoquer en doute le mérite réel de cette production, qui seulement a été trop vantée. Toutefois elle rappelle des souvenirs qui souilleraient d'une tache ineffaçable le caractère de Rush, s'il fallait regarder comme authentique le témoignage de M. Moreau de Saint-Mery, adopté par les rédacteurs du bel article *fièvre*, qui enrichit le tome quinzième du *Dictionaire des sciences médicales*. Voici ce que j'y lis :

« Benjamin Rush avait d'abord cru que la fièvre jaune était contagieuse; il a soutenu depuis 1802 une opinion contraire. Mais ce médecin a déclaré en mourant qu'il avait en cela cédé *à des considérations particulières*, et qu'il n'a jamais cessé de croire que la fièvre jaune est contagieuse; il a désavoué à son heure suprême tout ce qu'il avait écrit en faveur de la non-contagion. »

VII. *Three lectures upon animal life, delivered in the university of Pennsylvania;* c'est-à-dire, Trois leçons faites à l'Université de Pensylvanie, sur la vie animale; in-8°. Philadelphie, 1800.

L'année suivante parurent trois nouvelles leçons sur les élémens et sur la pratique de la médecine; et en 1811, dix autres, qui furent réunies aux précédentes, en un volume in-8°.

VIII. *A treatise upon the diseases of the mind;* c'est-à-dire, Traité sur les maladies de l'esprit; in-8°. Philadelphie, 1812.

J'ai passé, à dessein, sous silence une foule d'opuscules dont un écrivain vulgaire serait tout glorieux, mais qui n'ajoutent rien à la réputation du professeur Rush. Constamment guidé par des motifs de bienfaisance et d'utilité, ce médecin philanthrope voulut procurer à ses compatriotes une

connaissance facile, et, pour ainsi dire, économique, de plusieurs bons ouvrages publiés dans l'ancien monde sur l'art de guérir. Il fit en conséquence imprimer à Philadelphie, et enrichit de notes les œuvres de Sydenham, de Cleghorn, de Pringle, d'Hillary.

Pénétré d'admiration pour les hommes célèbres, et de gratitude pour ceux qui avaient le plus puissamment contribué à son instruction, il répandit des fleurs sur la tombe de Guillaume Cullen (1790), de David Rittenhouse (1796)[1], de Jean Morgan (1791), d'Édouard Drinker (1787).

« Qui croirait, dit M. Desgenettes, qu'un homme d'un mérite aussi éminent, un aussi excellent citoyen eût été, presqu'à la fin d'une si belle carrière, l'objet public de l'envie la plus acharnée? D'abord les contestations semblaient n'avoir pour base que des opinions médicales opposées sur la fièvre jaune. Cependant il fut bien facile de s'apercevoir qu'il se mêlait à cette discussion, en apparence toute littéraire, le désir de ternir la réputation et de troubler le repos de l'un des fondateurs de l'indépendance américaine. »

Quoi qu'il en soit, à la mort de Rush (avril 1813) s'éteignit une des plus brillantes lumières, un des plus fermes soutiens de la médecine et de la liberté du nouveau Monde.

Tous les biographes de ce professeur illustre[2] exaltent sa piété profonde, sa passion fervente pour la lecture des livres ascétiques. Je n'imite point ces louangeurs dévots. Accoutumé à n'estimer dans un homme que ce que j'y vois de réellement estimable, j'ai célébré les talens et les vertus qui ont

---

[1] Ces deux Éloges réunis furent publiés, en 1798, 1 vol. in-8.; sous ce titre : *Essays literary, moral and philosophical.*

[2] David Ramsay, Samuel Latham Mitchill, Guillaume Staughton, René Desgenettes, les rédacteurs des journaux intitulés : *Medical Repository; American medical and philosophical Register; London medical and physical journal*, etc.

C'est dans cette dernière Notice et dans celle publiée par M. Desgenettes que j'ai puisé les principaux traits de la mienne.

honoré la vie de Benjamin Rush, et je n'ai pas dit un mot de sa croyance, ou, si l'on veut, de sa crédulité, qui n'a rien de commun avec le génie.

F. P. CHAUMETON.

Observations *météorologiques.*

Nous vivons d'une manière si intime avec l'air ambiant, qu'aucune variation de l'atmosphère ne doit nous être indifférente. Ses modifications en apportent de sensibles dans notre existence : notre constitution, notre tempérament, nos habitudes même, dépendent de sa nature sèche, humide, pesante ou légère. Nous croyons donc devoir donner régulièrement, chaque mois, un tableau qui indique les variations de la température et de la pression de l'atmosphère à Paris, d'après les observations recueillies à l'Observatoire Royal. Nous publierons en outre, tous les ans, un tableau général, *gravé et colorié,* comprenant l'année météorologique entière, d'un solstice d'automne à l'autre [1]. Au moyen de l'artifice employé dans la construction de ce tableau, dont la conception est tout à fait neuve, il montrera d'un coup d'œil la température et la pression moyennes de chaque mois, indiquera le plus haut degré de froid ou de chaleur de chacun, et présentera les variations du niveau de la Seine. Le premier de ces tableaux fera partie du cahier d'octobre prochain.

[1] L'année météorologique diffère de l'année civile ou commune, en ce qu'elle commence à l'équinoxe d'automne (le 23 septembre), et ne se compose que de deux saisons, *hiver* et *été*, embrassant chacune six mois ; la première, de la durée de cent quatre-vingts jours, comprend tout le temps pendant lequel le soleil se trouve au-delà de l'équateur, depuis l'équinoxe d'automne jusqu'à celui du printemps ; et la seconde, de la durée de cent quatre-vingt-cinq jours, comprend tout le temps pendant lequel le soleil est en deçà de l'équateur, depuis l'équinoxe du printemps (21 mars) jusqu'à celui d'automne. L'année météorologique commençant avec un des signes du zodiaque, ses mois sont ceux des signes ; ils commencent et finissent avec eux.

Observations météorologiques *relevées de celles faites à l'Observatoire Royal, du 23 juin au 23 juillet* 1818 *inclusivement, temps de la durée du soleil dans le signe de l'écrévisse (♋), ou durée de la terre en opposition avec ces signes, formant le mois météorologique de juillet, de* 31 *jours.*

Phases de la lune.	Mois.	Jours du mois civil.	Jours du mois météor.	Therm. selon Réaumur.						Baromètre ancien.						Vents.		
				matin.		midi.		soir.		matin.		midi.		soir.		matin.	midi.	soir.
				deg.	dix.	deg.	dix	deg.	dix.	pou.	lig.	pou.	lig.	pou.	lig.			
	Juin 1818.	23	1	8	6	15	2	16	0	28		28	1	28	2	Ouest.	Ouest.	Ouest.
☾ D. Q.		24	2	12	8	18	2	18	0	28	0	28	1	28	2	O. S. O.	O. S. O.	Ouest.
		25	3	10	6	16	5	17	7	28	3	28	4	28	3	Ouest.	Ouest.	Ouest.
		26	4	11	6	18	9	17	8	28	3	28	3	28	3	Ouest.	Ouest.	Ouest.
		27	5	11	2	22	9	23	4	28	2	28	1	28	0	Calme.	S. E.	S. E.
		28	6	13	2	17	8	17	6	27	11	28	1	28	1	Ouest.	O. S. O.	S. O.
		29	7	10	2	19	4	19	0	28	3	28	3	28	4	Ouest.	Ouest.	O. N. O.
● N. L. Cours.		30	8	9	9	19	4	20	0	28	4	28	4	28	3	Nord.	E. N. E.	E. N. E.
		1	9	11	4	21	1	21	0	28	3	28	3	28	2	N. E.	N. E.	N. E.
		2	10	11	6	21	2	17	6	28	1	28	1	28	2	N. E.	N. E.	N. N. E.
		3	11	8	2	16	0	16	6	28	3	28	3	28	3	N. E.	N. E.	N. E.
		4	12	10	0	18	0	17	0	28	2	28	1	28	1	N. O.	Ouest.	O. fort.
		5	13	11	0	17	8	19	1	28	2	28	2	28	1	N. O	Ouest.	Ouest.
		6	14	11	0	18	8	19	2	28	2	28	3	28	2	N. N. E.	E. N. E	E. N. E
		7	15	10	0	17	7	18	4	28	1	28	0	28	0	N. E.	Est.	Est.
		8	16	10	2	18	5	19	0	27	11	28	0	28	0	N. O.	N. O.	N. O.
☽ P. Q.		9	17	8	4	18	6	18	6	28	2	28	1	28	1	N. O.	N. O.	N. O.
		10	18	10	6	18	9	18	0	28	3	28	3	28	2	N. O.	Ouest.	O. N. O.
		11	19	12	6	19	4	20	6	28	1	28	2	28	0	O. S. O.	O. S. O.	Ouest.
		12	20	10	8	17	4	18	4	28	0	28	0	28	0	O. faib	S. O.	Ouest.
	Juillet 1818.	13	21	10	0	19	2	19	0	28	1	28	2	28	2	O. N. O.	O. N. O	Ouest.
● P. L. Décours.		14	22	11	2	18	6	19	4	28	3	28	4	28	3	Nord.	Nord.	N. E.
		15	23	12	0	19	0	19	6	28	4	28	4	28	3	E. N. E.	E. N. E.	E. N. E
		16	24	12	2	20	0	21	2	28	4	28	4	28	3	N. E.	N. E.	N. E.
		17	25	14	5	17	8	18	2	28	2	28	2	28	1	Est.	Est.	Est.
		18	26	12	0	19	0	20	0	28	1	28	1	28	0	E. N. E.	Est.	Est.
		19	27	12	2	22	6	22	0	28	0	27	11	27	11	E. N. E.	E. N. E	E. N. E.
		20	28	13	4	22	0	21	4	28	0	27	11	28	0	N. O.	N. O.	N. O
		21	29	11	4	19	8	20	0	28	1	28	1	28	1	Ouest.	Ouest.	Ouest
		22	30	13	6	20	6	20	8	28	2	28	3	28	3	Ouest.	Ouest.	Ouest
		23	31	12	8	22	8	24	2	28	3	28	2	28	1	N. fort.	Est.	S. E.

Température la plus élevée du présent mois, 24 deg. 2 dix. — La moins elevée, 8 deg. 2 dix. — *Températ. moyenne*, 16 deg. 5 dix. — Celle du mois précédent, 15 deg. 2 dix.

Plus grande pression de l'atmosphère, 24 pou. 4 lig. repondant à 4 deg. de beau temps. — Moins grande pres. 27 pou. 11 lig répondant à 1 deg. de mauvais temps. — *Pression moyenne*, 28 pou. 2 lig. répondant à 2 deg. de beau temps. Le mois précédant, 28 pou. 2 lig. 2 dix.

Vents, ayant dominé pendant ce mois, ceux de l'*O.* et du *N. E.*, dans la proportion de 21 jours sur 31.

Observations météorologiques *relevées de celles faites à l'Observatoire Royal, du* 23 *juin au* 23 *juillet* 1818 *inclusivement, temps de la durée du soleil dans le signe de l'écrévisse* ( ), *ou durée de la terre en opposition avec ces signes, formant le mois météorologique de juillet*, *de* 31 *jours.*

Plases de la lune.	Mois.	Jours du mois civil.	Jours du mois météor.	État du ciel atmosphérique. le matin.	vers midi.	le soir.	Variations du niveau des eaux de la Seine. m. cent.
	Juin 1818.	23	1	nuageux.	très-nuageux.	très-nuageux.	0 66
☾ D. Q.		24	2	*petite pluie.*	très-nuageux.	*pluie fine* par interv.	0 79
		25	3	couvert.	couvert.	très-nuageux.	0 69
		26	4	très-nuageux.	nuageux.	nuageux.	0 71
		27	5	légères vapeurs.	beau ciel.	légères vapeurs.	0 69
		28	6	*pluie*, tonnerre à 5 h.	très-nuageux.	très-nuageux.	0 62
		29	7	nuageux.	très-nuageux.	très-nuageux.	0 68
● N. L. Cours.		30	8	légers nuages.	nuageux.	nuageux.	0 54
		1	9	beau ciel.	légers nuages.	nuageux.	0 52
		2	10	légers nuages à l'hor.	nuageux.	très-nuageux.	0 55
		3	11	beau ciel.	nuageux.	très-nuageux.	0 57
		4	12	nuageux.	quelques éclaircies.	couvert.	0 48
		5	13	nuageux.	très-nuageux.	nuageux.	0 50
		6	14	nuag., légers brouill.	couvert.	très-nuageux.	0 49
		7	15	nuageux.	légers brouillards.	légers brouillards.	0 42
		8	16	nuageux.	nuageux.	nuageux.	0 44
☽ P. Q.		9	17	nuageux.	nuageux.	nuageux.	0 44
		10	18	couvert.	nuageux.	légers brouillards.	0 45
		11	19	très-nuageux.	légers brouillards.	nuageux.	0 38
	Juillet 1808.	12	20	quelques éclaircies.	couvert, *pluie* à 9 h.	couvert.	0 42
		13	21	nuageux.	couvert.	couvert.	0 33
● P. L. Décours.		14	22	nuageux, brouillards	nuageux.	nuageux.	0 37
		15	23	légers nuages à l'hor.	beau ciel.	légers nuages à l'hor.	0 30
		16	24	ciel trouble.	ciel trouble.	beau ciel.	0 38
		17	25	couvert.	petits nuages.	petits nuages.	0 30
		18	26	nuageux.	nuageux.	nuageux.	0 30
		19	27	nuageux.	nuageux.	nuageux.	0 28
		20	28	couvert.	couvert.	*pluie ab.* et ton., à 5 h.	0 25
		21	29	légères vapeurs.	nuageux.	nuageux.	0 23
		22	30	couvert.	couvert.	quelques éclaircies.	0 26
		23	31	beau ciel.	petits nuages.	nuageux	0 26

Jours dans lesquels il est tombé de la pluie, quatre, deux desquels avec tonnerre.

Hauteur moy. pendant ce mois, 46 cent. 3 millimèt. — Celle du mois précédent, 1 mèt. 2 millim.

IMPRIMERIE DE C. L. F. PANCKOUCKE.

différences qui existent dans leur structure; qu'il y a, dans les unes comme dans l'autre, une progression continue.

Dans la dernière classe, la vie est presque exclusivement le produit de l'action des vaisseaux. A mesure qu'on avance, on voit que la vie est plus liée à l'action du système nerveux. En s'élevant des classes inférieures aux classes supérieures, on reconnaît que la somme totale de la sensibilité s'accroît, et qu'elle est répartie avec plus d'inégalité dans les diverses régions, dans les diverses parties. En descendant des classes supérieures aux classes inférieures, on reconnaît que la somme totale de la sensibilité décroît, et qu'elle est répandue d'une manière plus uniforme, qu'elle est distribuée avec plus d'égalité [1]. Dans un animal, les diverses parties du corps sont d'autant plus indépendantes les unes des autres, chaque partie se suffit d'autant moins difficilement à elle-même, que la tête est plus petite. Dans les polypes et dans quelques espèces de vers, le corps est susceptible d'être divisé en plusieurs segmens, et la vie continue dans chaque segment comme dans l'animal entier : pourquoi? parce que, dans ces animaux, la même dose de sensibilité a été dévolue à toutes les parties : elle n'est point concentrée dans une cavité particulière; elle n'a point de foyer. Il est fort difficile de trouver un terme de comparaison qui rende cette explication plus saisissable; essayons néanmoins : supposons qu'un cylindre de métal est également incandescent dans toute sa longueur; si l'on divise ce cylindre, chacune de ses divisions répandra une quantité de lumière et de calorique, proportionnée à son volume.

Dans la chaîne des animaux, les reptiles sont placés assez près du sommet pour que leur système nerveux soit considérable; mais ce système est distribué avec une sorte d'équi-

---

[1] Voyez l'*Anatomie comparée de M. Cuvier*, t. II, p. 94.

libre ; il est moins concentré que dans les classes qui précèdent celle-là ; circonstance digne d'attention, et qui me semble mener à la solution du problème que présente l'excessive irritabilité des grenouilles et de quelques autres animaux à sang froid, et leur très-grande susceptibilité pour la détermination des phénomènes galvaniques. Les mêmes données nous serviront pour expliquer des faits qui ont paru plus extraordinaires

L'exécution des phénomènes de la vie, dans les animaux, n'est pas seulement relative aux proportions de la sensibilité ; elle est encore relative aux proportions des stimulans, et principalement du stimulus du sang. La vie dépend donc d'un double principe, d'un double mobile, le système nerveux et le système sanguin. Ces deux systèmes, qui méritent exclusivement le nom de systèmes générateurs, exercent l'un sur l'autre une influence réciproque : ils concourent à l'entretien de la vie dans des proportions différentes, selon le tempérament et selon la classe à laquelle l'animal appartient. Les vaisseaux ont plus de part à la création de la vie ; les nerfs ont plus de part à sa durée, à son développement. Ils lui sont même indispensablement nécessaires dans les animaux, à cause du siége, de la distribution de leurs organes, et de la latitude de la vie. Le cerveau n'est pas nécessaire à la vie du fœtus ; mais il est nécessaire à la vie de l'homme, à celle de l'enfant. De ce que les acéphales ont une vie organique dans le sein de leur mère, Bichat conclut que les fonctions organiques ne sont nullement sous la dépendance actuelle du cerveau [1]. Pour que cette induction fût juste, il faudrait que la vie des acéphales pût se prolonger hors de la matrice. C'est précisément parce que les animaux, hors de la matrice, ne

---

[1] *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, p. 351 et suiv.

peuvent vivre à la manière du végétal, que la nature leur a donné un système de plus, savoir, le cerveau et les nerfs. C'est un étrange renversement d'idées, qu'une hypothèse qui représente comme inutile à la vie des organes internes, un système sans lequel elle ne peut durer que pendant le temps de la gestation, un système sans lequel cette vie aurait pour terme de rigueur l'époque même de la naissance !

Un anatomiste moderne a prétendu que le cerveau et le système nerveux existaient séparément l'un de l'autre.

Il n'y a aucune classe d'animaux dans laquelle il y ait, entre le cerveau et les nerfs, solution parfaite de continuité. Il expose, pour appuyer cette assertion, *que dans les animaux de l'ordre le plus inférieur, il y a des nerfs sans cerveau.* Cela prouve-t-il que dans les classes dans lesquelles les nerfs et le cerveau existent, ils soient séparés, ils soient sans rapport, sans liaison ? Les parties peuvent exister sans le tout ; les agens des sensations peuvent être restreints, modifiés à l'infini, comme les agens de la circulation : toujours est-il que lorsqu'ils ont un centre, ils communiquent entre eux et avec ce centre. En un mot, les nerfs doivent être considérés comme des supplémens du cerveau, dans les classes dans lesquelles le cerveau n'existe point, et comme des prolongemens de celui-ci dans les classes dans lesquelles il existe. Il y a des monstres sans tête ; ils ne vivent que dans le sein de leur mère. Or, pour ce genre de vie, non-seulement le cerveau, mais les nerfs eux-mêmes ne sont point nécessaires.

La durée de la vie des monstres qui auraient une tête sans tronc serait tout aussi courte, parce que tous les appareils qui servent à l'entretien de la vie manqueraient. Bien plus, si l'on pouvait établir l'hypothèse d'une certaine durée de la vie pour ces deux espèces de monstres, cette hypothèse s'appuyerait sur un plus grand nombre de probabilités pour le monstre qui naîtrait avec un tronc sans tête, que pour celui

qui naîtrait avec une tête sans tronc [1] ; 1°. parce que les viscères renfermés dans la cavité abdominale et dans la cavité thorachique peuvent suffire pendant quelques heures à des phénomènes de la vie, à la vérité très-bornés, aux premiers élémens de la vie ; 2°. parce que le mouvement des agens de la circulation ayant commencé dans la matrice, il peut continuer après la naissance, pendant quelque temps, sans le concours de la respiration ; 3°. enfin, parce que, dans l'empire que les deux grands mobiles de la vie (le système vasculaire et le système nerveux) exercent, le partage n'est point égal ; les attributs de chacun d'eux ne sont pas les mêmes : le premier influe davantage sur l'entretien de la vie intérieure ; le second détermine principalement les actes de la vie extérieure, les mouvemens volontaires, etc. ; bien entendu que l'influence d'aucun d'eux n'est exclusive.

Le cerveau produit donc l'extension de la vie ; il en agrandit le domaine. Il y a une distance immense entre la vie portée au plus haut point de développement, et la vie descendue à la plus petite quantité possible, et qui n'est séparée que d'un degré de la quantité négative. Nous n'avons point d'échelle pour mesurer ces degrés ; nous pouvons nous en représenter une par la pensée, et la comparer à celles qui sont employées pour mesurer la pesanteur des liquides, la densité de l'air, sa température, etc. Il y a, entre la mort et le maximum de la vie, la même distance que celle qui sépare le terme de la glace et la plus grande élévation du thermomètre.

---

[1] Les recueils académiques sont pleins de relations qui attestent que des enfans acéphales ont vécu pendant plusieurs jours ; ils n'étaient pas complétement acéphales. C'est sur l'analyse même de ces faits que j'établis cette proposition générale : dans les monstres qui naissent sans tête, ou avec un cerveau plus ou moins tronqué, la briéveté de la vie est toujours en raison directe de la quantité de cerveau et de moelle alongée qui leur manque.

La vie peut donc décroître, subir des modifications, être restreinte, être réduite à des termes infiniment petits, sans cesser entièrement. C'est ce qui arrive dans la lipothymie, dans la syncope, dans le coma, dans la léthargie, etc., etc. Les contractions du cœur peuvent être tellement faibles, qu'elles ne se manifestent par aucun phénomène sensible, et continuer encore long-temps. Voilà pourquoi il y a tant d'incertitude dans les signes de la mort; il suffit d'une étincelle pour rallumer le flambeau de la vie.

Lorsque l'un des deux mobiles a une grande énergie, il oppose une plus longue résistance aux atteintes qui ont neutralisé l'influence de l'autre : les coqs, les canards, les pigeons, les oiseaux, en général, après avoir été décapités, sautent, marchent encore pendant quelques instans, parce que leurs poumons et tout leur système vasculaire sont très-grands; leur sang reçoit une double oxigénation.

La résistance que la vie de quelques reptiles oppose à la décapitation, est beaucoup plus longue; elle tient à d'autres causes. Une tortue à laquelle Rédi avait enlevé le cerveau vécut six mois, conservant la force de marcher librement. Une autre tortue à laquelle il avait enlevé toute la tête, vécut pendant vingt-trois jours, mais sans changer de place [1].

J'ai dit que dans les reptiles la substance médullaire était répartie avec beaucoup moins d'inégalité que dans les mammifères et les oiseaux. Cette observation s'applique à la tortue; aussi l'ensemble de sa vie extérieure est-il très-borné. Rédi a constaté que, dans une tortue du poids de soixante-neuf livres, le cerveau ne pesait pas la sixième partie d'une once [2]. Le système nerveux du tronc et des membres est plus grand, relativement à celui de la tête, qu'il n'est dans les animaux à

[1] *Collect. acad.*, *p. étran.*, t. IV, p. 517 et suiv.
[2] *Id.* pag. 558.

sang chaud. Ainsi, après l'excision de la tête, il reste dans le tronc assez de sensibilité pour qu'il vive encore. La structure des poumons de cet amphibie, la forme du cœur et la communication ovale de ses ventricules, sont des circonstances accessoires qui peuvent avoir quelque poids dans l'appréciation des causes d'un fait aussi étonnant.

Après la décapitation, les mouvemens de ces animaux sont faibles, déréglés et sans but. Legallois conclut de là que la volonté leur manque [1]. M. le professeur Cuvier pense, au contraire, qu'ils ont encore des sensations et une volonté : conjecture très-vraisemblable, parce que la volonté se lie avec les affections, et que les affections suivant les rapports de la substance médullaire et de la puissance nerveuse, les unes doivent être disséminées dans le corps des reptiles avec autant d'équilibre, autant d'uniformité que les autres. Il est donc, au moins, très-probable que la décapitation n'anéantit point la volonté dans les reptiles, mais qu'elle l'anéantit dans les mammifères. Legallois a adopté une opinion tout opposée : ce n'est point un des moindres contrastes que son livre présente [2].

Si la volonté est un désir rapporté à un objet, à une fin, elle rentre dans le domaine des facultés intellectuelles : peut-on supposer que ce domaine s'étende à un segment de moelle

---

[1] *Expériences sur le principe de la vie*, page 3 et suivantes de l'avant-propos.

[2] Si, au lieu de détruire la moelle, on y fait des sections transversales, les parties correspondantes à chaque segment jouissent du sentiment et du mouvement volontaire, mais sans aucune harmonie, et d'une manière aussi indépendante entre elles que si on eût coupé transversalement tout le corps de l'animal aux mêmes endroits ; en un mot, il y a, dans ce cas, autant de centres de sensations, bien distincts, qu'on a fait de segmens à la moelle. (*Legallois, page* 140 *et suiv. Voyez* aussi la page 11 de l'avant-propos.)

épinière qui ne communique point avec le cerveau? Sans doute il y a un reste de sensibilité dans ce segment; il y a aussi une grande distance entre sentir et vouloir. Il ne peut être un centre de sensations; il peut être tout au plus un centre d'irritabilité. On voit d'ailleurs que, dans cette hypothèse, la volonté est divisée; qu'il y aura autant de divisions de cette faculté, que de segmens de la moelle.

Les grenouilles décapitées ne savent plus sauter, ou si elles font encore quelques sauts, ce n'est qu'autant que leurs pieds de derrière rencontrent un point d'appui [1]. Je suis beaucoup plus porté à supposer que ce point d'appui supplée à la force qui leur manque, que je ne suis porté à croire qu'il supplée à la volonté. Si les animaux décapités ne font que des mouvemens irréguliers; si, placés sur le dos, ils s'agitent sans changer de place, c'est qu'ils n'ont plus qu'une très-petite fraction de la vitalité ordinaire. Au reste, Legallois ne conteste point que ce défaut d'énergie dans leurs mouvemens soit toujours remarquable, à moins qu'on ne touche immédiatement le bout de la moelle; car alors les mouvemens deviennent très-forts et même convulsifs [2]. Il ajoute que cette faiblesse peut aussi dépendre en partie de ce qu'après la décapitation la moelle est toujours dans un état pathologique. Ici le vague et l'obscurité s'accroissent : la moelle est saine; elle n'a point subi d'altération; mais elle est tronquée; elle est séparée de son origine. La propriété qu'elle possédait auparavant est émoussée en grande partie; elle s'y épuisera bientôt, comme l'eau tarit dans un canal ou dans un ruisseau, quand on intercepte leur communication avec la source qui entretenait leur cours. Lorsqu'on touche le bout de la moelle, une excitation étrangère, une excitation puissante, supplée

---

[1] Legallois, page 4 de l'avant-propos.

[2] *Id.*, page 10 de l'avant-propos.

et à la sensibilité extraordinairement diminuée, et au stimulus du sang, qui est presque nul. Il y a analogie entre la cause immédiate qui produit ces mouvemens, et celle qui, long-temps après la mort d'un animal, entretient ou réveille la contractilité dans les fibres, lorsqu'on observe une progression dans l'emploi des excitans. La non-appréciation de la différence des stimulans, la non-appréciation des régions, des organes sur lesquels ils sont appliqués, me paraissent être une des principales sources des fausses inductions que les physiologistes ont tirées de leurs expériences.

Ainsi, même dans les reptiles, l'ablation du cerveau abrège notablement le cours, elle enchaîne une grande partie des phénomènes de la vie. Celle des animaux à sang chaud est beaucoup plus dépendante de l'intégrité de ce viscère. Y a-t-il quelque moyen de suppléer à son influence? Je transcris ici une notice qui prouve que Chirac, professeur à Montpellier, entreprit, il y a plus d'un siècle, de prolonger la vie dans des quadrupèdes décapités, en leur soufflant de l'air dans la trachée-artère [1]. Ces essais ont été répétés long-temps après par Fontana, et tout récemment par Legallois, qui les a beaucoup multipliés, qui les a beaucoup variés, et qui surtout a été beau-

---

[1] .... Ce sont les étrennes que je vous envoyais..... Voici aussi celles dont un de nos jeunes professeurs, M. Chirac, m'a fait part, et que j'ai cru être dignes de votre curiosité :

Il m'a fait voir un chien qui, après qu'il lui eut tiré *tout le grand cerveau*, respirait fort librement, et avait du sentiment plus de quatre heures après l'opération, lorsqu'on le piquait ou qu'on le brûlait. Il a fait plus : car, après lui avoir entièrement coupé le col, il lui entretint encore plus de demi-heure le battement du cœur, et par conséquent la vie *en quelque façon*, en lui soufflant dans la trachée-artère; et il prétend me faire voir, au premier jour, que quand il en aura fait tout autant *à un jeune petit chien*, il aura encore du sentiment long-temps après. (*Extrait de diverses pièces envoyées pour étrennes par M. Bernier à madame de la Sablière.* Journal des Savans, année 1688, page 36.)

coup plus hardi que les deux autres physiologistes dans les conséquences qu'il en a déduites. Il cite et il censure l'explication donnée par Fontana qui, accoutumé à placer dans l'irritabilité la source et le principe de la vie et de tous les mouvemens animaux, supposait que l'insufflation pulmonaire n'était un moyen de prolonger la vie dans l'animal décapité, que parce qu'elle contribuait à entretenir l'irritabilité en entretenant la circulation [1]. Cette explication, quoique abstraite, n'est point dénuée de toute justesse. Je vais tâcher de lui substituer des notions plus élémentaires : l'insufflation de l'air dans les poumons d'un animal décapité, a pour but de suppléer à la respiration, c'est-à-dire à celle de toutes les fonctions qui contribue le plus à entretenir le stimulus du sang. Après la naissance, la circulation dépend immédiatement de la respiration. Celle-ci est subordonnée à l'action du cerveau : donc, si après la décapitation d'un animal on parvenait, par des agens artificiels, à donner au sang une impulsion assez énergique, et à renouveler cette impulsion à volonté, on conserverait dans cet animal une sorte de vie, une très-petite modification de la vie, sans l'intervention de la puissance nerveuse. Voilà toutes les concessions qu'on doive faire aux auteurs de ces expériences. J'ai vainement cherché les détails de celles qui ont été faites par Chirac.

L'exposé très-succinct que j'ai cité suffit pour faire voir qu'elles ont de très-grands rapports avec celles de Legallois : comme ce dernier, Chirac avait constaté que, lorsque dans les coupes du cerveau on n'embrassait point l'origine des nerfs de la huitième paire, la respiration n'était point interrompue ; c'est ce qu'il a entendu par l'ablation *du grand cerveau*. Il avait aussi observé que plus l'animal était jeune, moins la mort était

---

[1] Legallois, p. 19 et 20.

prompte après l'excision de la tête, lorsqu'on aidait la circulation par l'insuflation pulmonaire. Il serait superflu de copier ici le tableau des expériences qui ont été faites par Legallois; son livre est dans la bibliothèque de la plupart des médecins. Toutefois je veux discuter la théorie qui en a été le résultat. Dans cette théorie, le point de départ n'a aucune réalité; il est complétement illusoire. Legallois avait observé qu'à la suite de la décollation des fœtus, dans l'accouchement artificiel par les pieds, le tronc demeure vivant; et que l'hémorragie étant prévenue par la ligature des vaisseaux du cou, il ne meurt qu'au bout du même temps qu'un fœtus qui, sans avoir été décollé, est asphyxié.

Fixons d'abord la mesure de cette espèce de vie; elle ne diffère point de celle que le fœtus avait dans la matrice; elle n'a rien acquis par la naissance. En quoi consiste-t-elle? dans quelques contractions déterminées par le contact de l'air et des autres stimulans ou naturels ou artificiels; dans la circulation qui ne continue que pendant très-peu de temps; dans la chaleur, qui décroît à chaque instant. Est-ce là ce qu'on appelle vivre? Admettons, avec Stahl, que la vie n'est autre chose que l'acte qui dérobe le corps à la putréfaction, vers laquelle tendent les mélanges qui le composent [1] : quoique ce mode d'existence soit renfermé dans des limites fort étroites, il sera infiniment précaire. Les conditions desquelles il dépendait sont changées. Un fœtus sans tête n'est pas même à l'abri de la fermentation putride, hors du sein de sa mère, parce qu'il ne peut plus vivre à la manière du végétal. Sa conservation est entièrement subordonnée à une nouvelle vie, distincte de la première; et cette vie nouvelle est, à son tour, subordonnée à la respiration. C'est cette fonction qui doit animaliser le

---

[1] *Theoria med. vera*, p. 1, sect. 1, *de Vitâ et Sanitate*, pag. 254.

fœtus, en créant d'autres agens pour la circulation du sang. C'est par elle que la circulation pourra se passer du concours du placenta, lequel puise dans la matrice le sang qui nourrit le fœtus, comme les racines du végétal puisent les élémens de sa nutrition dans le sol auquel elles adhèrent. On n'est donc point autorisé à dire qu'un animal a vécu, lorsqu'il n'a point respiré. Comme la respiration ne commence qu'après la naissance; comme cette fonction détermine ou favorise l'exercice de toutes les autres, cette conséquence, *la décollation ne fait qu'arrêter les mouvemens inspiratoires* [1], équivaut à celle-ci : la décollation ne fait qu'empêcher le fœtus de commencer à vivre à la manière des animaux; elle ne fait qu'arrêter le cours de la vie dont il jouissait auparavant.

Si un physiologiste nous disait : « Ce n'est point du cœur que les muscles et les viscères reçoivent le sang nécessaire à leur nourriture et à leur action; ils sont excités immédiatement par les vaisseaux qui naissent de l'aorte; » nous lui reprocherions d'énoncer une trivialité.

S'il ajoutait : « Le principe de l'excitation des viscères et des muscles est donc dans l'aorte. Ce n'est point par toute l'aorte que chaque organe est excité, mais seulement par la portion de laquelle cet organe reçoit ses vaisseaux »; nous chercherions ou comment l'aorte peut avoir quelque influence sans le cœur; ou pourquoi celle du cœur est comptée pour rien, quoiqu'elle soit la source de l'influence de l'aorte? Le langage de ce physiologiste serait, en tout point, semblable à celui de Legallois, lorsqu'il dit : « Le principe du sentiment et des mouvemens du tronc a son siége dans la moelle épinière, et non dans le cerveau [2].

« Non-seulement la vie du tronc dépend en général de la

---

[1] *Expériences sur le principe de la vie*, p. 282.
[2] *Ib.*, p. 138.

moelle épinière, mais celle de chaque partie dépend spécialement de la portion de cette moelle dont elle reçoit ses nerfs; en sorte qu'en détruisant une certaine étendue de moelle épinière, on ne frappe de mort que les parties qui reçoivent leurs nerfs de la moelle détruite [1]. » On frappe encore de mort au moins toutes celles qui reçoivent leurs nerfs de la moelle placée au-dessous de la portion qui a été détruite.

Dans ces assertions, Legallois considère le tronc indépendamment des viscères situés dans ses cavités; car il reconnaît que le premier mobile de la respiration réside dans le lieu de la moelle alongée qui donne naissance aux nerfs de la huitième paire [2].

La vie du tronc dépend-elle immédiatement du cerveau [3]? Cette question renferme une subtilité : qu'importe en effet que le cerveau exerce sur le tronc une influence directe; ou que cette influence s'exerce par des intermédiaires? dans l'une ou l'autre hypothèse, sera-t-on moins fondé à regarder l'action de l'un comme le principe de la vie de l'autre? On aurait évité cette subtilité, si, avec la plupart des anatomistes, on eût considéré la moelle épinière comme un appendice de l'encéphale. Il y a continuité entre les diverses parties du système nerveux, comme il y a continuité dans le système des vaisseaux sanguins.

On doit s'étonner que cette question ait été un objet de recherches; surtout qu'elle ait été proposée par des physiologistes qui faisaient de l'encéphale un corps distinct de la moelle épinière et des nerfs : sous un tel point de vue, les intermédiaires étant d'une nature différente de celle de ce viscère, n'ayant point d'homogénéité avec lui, son action sur le tronc

---

[1] *Expériences sur le principe de la vie*, p. 140.

[2] *Id.*, p. 138.

[3] *Voyez* Legallois, p. 35; *id.*, p. IX de l'avant-propos.

deviendrait inexplicable, quand même on la comparerait à celle de la lumière, de l'électricité, ou de tout autre fluide.

Pour qu'on fût autorisé à admettre que le cerveau ne fournit point le principe immédiat des mouvemens du tronc, il faudrait, 1°. que l'influence de la moelle fût indépendante de celle du cerveau; 2°. qu'après la décollation d'un animal, les mouvemens fussent durables au lieu d'être passagers. Cette proposition, *le sentiment et le mouvement volontaire peuvent subsister et être entretenus dans un animal décapité*, n'est donc point vraie lorsqu'on la présente d'une manière absolue : le sentiment et le mouvement ne subsistent que pendant quelques heures, quelques minutes, quelques instans. L'empire du cerveau est attesté par l'impossibilité d'y suppléer durant un long intervalle et sans de très-grandes restrictions.

La sensibilité n'est point anéantie dans une partie, tout à coup et à l'instant même auquel elle est isolée du cerveau ou de la moelle : qui est-ce qui le prouve? les expériences mêmes dont on a déduit de si fausses conséquences; ici nous mettons une explication à la place d'une explication : lorsqu'on a détruit la moelle lombaire dans un lapin âgé de moins de dix jours, l'irritabilité se conserve dans le train de derrière, quoiqu'il soit frappé de mort; et l'on peut pendant fort long-temps faire contracter les cuisses, en irritant les nerfs sciatiques [1]. Mais enfin, les contractions cesseront malgré l'intervention des stimulans les plus énergiques : pourquoi? parce que la sensibilité, après s'être émoussée par degrés, cesse entièrement dans ces membres inférieurs, à cause de l'isolement de la moelle lombaire. Remarquons qu'après cette séparation il n'y a presque plus de contractions spontanées. Celles qui ont été observées avaient été déterminées par des irritans, des irritans

[1] *Voyez* Legallois, p. xiv de l'avant-propos.

placés sur les nerfs mêmes. De l'expérience que je viens de rapporter, Legallois conclut « qu'il se fait dans toute l'étendue des nerfs une sécrétion d'un principe particulier ; que ce principe une fois produit, subsiste par lui-même et après la cessation entière de la circulation, de même que celui du cerveau et de la moelle épinière, mais plus long-temps [1]. » J'avoue que je ne comprends point ce que c'est que la sécrétion d'un principe : tout me paraît vague dans cette hypothèse. Si l'on ne peut prouver qu'il se fasse dans toute l'étendue des nerfs une sécrétion d'un principe particulier, du moins il est évident que la sensibilité leur est transmise, qu'une fois transmise elle n'est point dispersée, dépensée à l'instant même. Mais il y a une très-grande erreur à supposer qu'elle subsiste dans les nerfs plus long-temps que dans le cerveau et dans la moelle épinière : elle ne se manifeste point dans ces masses médullaires, parce que là il n'y a point de fibres musculaires, de fibres qui puissent se contracter. Elle ne se manifesterait point dans les nerfs, s'ils étaient entièrement isolés des muscles et de la peau. Un nerf qu'on irrite reste immobile [2].

Parmi les conséquences que Legallois a tirées de ses expériences, en voici une dans laquelle j'ai trouvé un surcroît d'exagération : « Il serait toujours possible d'entretenir la vie dans un tronçon détaché du corps d'un animal.... [3]. »

Qu'on examine tout ce qui est retranché de la vie dans les expériences dont il s'agit ! il n'y a plus de vie extérieure ; la motilité est presque nulle. Il y a des signes de sensibilité ; mais ne sait-on pas qu'elle persiste après la mort, et d'autant plus long-temps que celle-ci a été plus prompte ? Tout bien considéré, les contractions qui déterminent ce reste de

---

[1] *Voyez* Legallois, p. xiv de l'avant-propos.

[2] Haller, *Dissertation sur l'irritabilité*, p. 41.

[3] Legallois, p. 133 et suiv.

circulation dans le tronçon d'un animal décapité, ne surpassent guère celles qu'on produit à l'aide du galvanisme; elles appartiennent donc aux phénomènes de l'irritabilité plutôt qu'aux phénomènes de la vie. D'ailleurs, ce qu'il y a de mécanique dans l'impulsion donnée au sang par l'insuflation doit être compté dans le calcul des forces motrices. Quelque restriction qu'il faille apporter à l'hypothèse qui donne à ces phénomènes une grande importance, ils ne peuvent durer long-temps, parce que la sensibilité s'épuisera bientôt dans le tronçon isolé du cerveau.

Ces phénomènes doivent avoir dans le tronçon thoracique plus d'extension qu'ils n'en ont dans un membre séparé du corps, et dont on irrite les muscles : dans le premier se trouvent des appareils qui ne sont point dans l'autre; dans le premier on a conservé les organes de la respiration et le principal organe de la circulation. « Je n'étais pas entièrement libre, dit Legallois, sur le choix du tronçon. » Il était de nécessité absolue qu'il choisît la poitrine, pour obtenir des résultats qui sont à peine un simulacre de la vie.

De ces résultats il a inféré que par ce procédé, et quelques procédés accessoires, *on pourrait opérer une résurrection véritable et dans toute la force de l'expression* [1]. Une illusion aussi flatteuse est dissipée tout à coup par une abstraction : *La vie est due à un principe résultant de l'impression du sang artériel sur le cerveau et la moelle épinière : c'est l'extinction de ce principe qui constitue la mort; or, il est impossible de le renouveler* [2]. Sans cette abstraction, l'auteur n'eût peut-être pas conçu de plus grandes espérances; mais en considérant les élémens, les matériaux de ce principe vital, il aurait jugé que rarement il serait nécessaire de le

[1] Page 134 et suiv.

[2] Page 135 et suiv.

reproduire tout entier ; que, le plus souvent, il suffirait d'en renouveler la moitié : par exemple, si l'on pouvait suppléer au cœur et aux poumons, en d'autres termes, à l'excitation du sang, on parviendrait à ressusciter tous les cadavres qui auraient succombé à l'insuffisance du stimulus. Si l'on pouvait recréer, renouveler le système nerveux, ou lui substituer quelque chose d'équivalent, l'extinction de la sensibilité laisserait encore les chances de la résurrection ; on échapperait même à l'induration de la substance médullaire. Mais cela ne se peut point *dans l'état actuel des choses* [1]. Attendons.... Notre siècle est le siècle des subtilités.

En voici une autre qui doit fixer notre attention : « La section de la moelle épinière près de l'occiput, et la décapitation, anéantissent les mouvemens inspiratoires, sans faire cesser la vie dans le tronc, lequel ne meurt que d'asphyxie [2]. » Ne semble-t-il point, d'après ce théorème, que le tronc puisse survivre à la cessation des mouvemens inspiratoires ? Comment peut-on concilier ces deux propositions : « La vie ne cesse pas dans le tronc. — Il ne meurt que d'asphyxie. » N'y a-t-il point là une contradiction manifeste ? Quelle est l'espèce d'asphyxie qui tue plus rapidement que la décapitation ? Toutes les fonctions dont l'exercice est nécessaire au maintien de la vie ne sont-elles pas anéanties ? Combien n'y a-t-il pas de genres de mort, auxquels on pourrait faire l'application de la même théorie ? on trouverait que l'asphyxie est la suite, le dénouement de presque toutes les maladies qui se terminent par la mort.

Legallois s'est convaincu que la destruction de la moelle lombaire, dans un lapin, le faisait périr en quelques minutes [3].

---

[1] Page 136.

[2] Page 138 et suiv.

[3] Page 102.

Je vais déduire de ce fait un corollaire semblable en tout à celui que cet auteur a déduit des résultats de la section des nerfs de la huitième paire et de la décollation ; je dirai : Ce n'est point la destruction de la moelle lombaire qui est la cause de la mort ; ce n'est point l'extinction de la puissance nerveuse dans cette partie, c'est la cessation de la circulation. Comme elle est subitement anéantie dans la moitié postérieure du corps, la veine-cave ascendante ne rapporte plus assez de sang pour suffire aux mouvemens du cœur. Pourquoi ne dirais-je pas, à mon tour, que l'animal meurt d'asphyxie ? L'étymologie de ce mot indique l'absence du pouls, et par conséquent le défaut de circulation. Ainsi, cette route, hérissée de distinctions et de sophismes, nous conduirait à ne jamais chercher dans l'abolition de la puissance nerveuse la cause de la mort. Cette puissance ne constituant point, elle seule, la vie, on n'oserait jamais rapporter la cause de la mort à la diminution, à la pénurie de la sensibilité. Celle-ci est une propriété qui concourt à l'exercice des fonctions dont l'ensemble compose la vie ; elle n'a donc d'influence que par l'entremise des fonctions. Donc, de détails en détails, de subdivision en subdivision, même dans les lésions les plus graves du système nerveux, on ne trouverait la cause de la mort que dans l'interruption des fonctions du premier ordre. *Vice versâ*, si l'on voulait suivre la même marche pour les lésions du système vasculaire, elles ne seraient jamais considérées comme la cause immédiate de la mort : on ne dirait point qu'un individu est mort d'hémorragie, mais parce que la puissance nerveuse a cessé d'être excitée. Ce langage purement scolastique, cette vaine ergoterie, nous placeraient dans un cercle vicieux, d'où il serait impossible de sortir. Nous mesurerions toujours les produits des lésions de chacun des deux systèmes, par le désordre qu'elles auraient entraîné dans l'autre. Après la décollation, l'animal périt parce qu'il ne

respire plus [1] ; après la destruction d'une certaine étendue de moelle épinière, il périt parce que la circulation s'arrête [2]. On est tenté de demander si, dans la première expérience, la circulation continue ; et si, dans la deuxième, la respiration ne cesse point? Qui ne voit que dans tous les genres de mort ces deux fonctions cessent les dernières, parce qu'elles sont, plus que les autres, étroitement liées avec la vie?

La destruction d'une portion de la moelle, à une très-petite distance de la tête, équivaut à la décollation. Alors, la communication étant interceptée entre la presque totalité de la moelle et l'encéphale, la sensibilité ne peut plus affluer dans le tronc. Rien n'est plus illusoire que les expériences dans lesquelles on a détruit des segmens ou toute la longueur de la moelle, après la décollation : comme cette dernière suffit pour anéantir la sensibilité, on n'ajoute rien à ce résultat, si ce n'est qu'on hâte la dispersion de la sensibilité dont la moelle venait d'être pourvue, qu'elle venait de recevoir du cerveau, immédiatement avant l'excision de la tête. La sensibilité n'est pas subitement éteinte dans les nerfs après la destruction de la moelle : par ces données on explique comment, après toutes ces mutilations, on entretient une fraction, un centième, un millième de la vie, ou par des stimulans étrangers, ou en favorisant par des agens artificiels la circulation du sang; comment on parvient à faire contracter les muscles d'une grenouille plusieurs heures après la mort. C'est ici le lieu de faire remarquer, 1°. que plus le diamètre des conducteurs de la sensibilité est petit, plus elle s'y émousse rapidement : aussi, dans les animaux à sang chaud, les nerfs, privés de communication avec le centre, ne la conservent que pendant très-peu de temps; 2°. que le stimulus naturel, le stimulus

[1] Page 30. — [2] Page 143.

du sang, ne peut être ni complétement ni indéfiniment suppléé par les stimulans artificiels. S'il en était autrement, dans la plupart des maladies on aurait une égide contre la mort. Elle a pour cause la pénurie du stimulus, beaucoup plus souvent que la pénurie de la sensibilité. Je veux donner pour exemple la mort qui est le résultat du catarrhe, de la péripneumonie, de l'hydrothorax et des affections de poitrine en général. Dans toutes, la sensibilité est saine et sauve, c'est-à-dire qu'elle n'est que secondairement attaquée. Elle n'est modifiée qu'en raison de l'influence que les deux systèmes générateurs exercent l'un sur l'autre. Il arrive très-rarement que la mort puisse être imputée à une lésion primitive et simultanée des deux systèmes.

La sensibilité étant un des deux mobiles de la vie, celle-ci, dans chaque organe, doit être relative à la quantité de nerfs qui s'y distribuent. L'origine de l'énergie vitale d'un organe (du moins de celle qui dépend de la sensibilité) ne peut être rapportée à telle ou telle masse médullaire, qu'autant qu'il en reçoit des nerfs. Toute portion de la masse médullaire qui fournit des nerfs à un organe, influe plus ou moins sur sa vie. Opposons ce principe à un paradoxe : « Les mouvemens du cœur puisent *toutes leurs forces* dans la moelle épinière, et dans cette moelle toute entière, puisque la destruction de l'une quelconque de ses trois portions peut arrêter la circulation [1]. » Le cœur reçoit-il tous ses nerfs de la moelle épinière? La section des nerfs de la huitième paire n'a-t-elle point sur ses mouvemens une influence qui n'est point contestée [2]? N'est-elle

---

[1] Legallois, pag. 110 et 291.

[2] *Nervis octavi paris in cervice arete ligatis, aut penitùs abscissis.... cor statim palpitare et contremiscere incipit......* (Lower, *Tract. de Corde*, pag. 94 et 95.)

pas avouée par Legallois lui-même, qui reconnaît qu'après cette section, les viscères gastriques, les poumons et le cœur sont affectés? Pour faire ressortir la contradiction dans laquelle il est tombé, ajoutons qu'il établit que le cœur ne peut emprunter ses forces de tous les points de la moelle épinière que par le grand sympathique, duquel il reçoit ses principaux filets nerveux; que, par conséquent, le grand sympathique prend ses racines dans cette moelle.

Pourquoi, dans les jeunes quadrupèdes, la mort est-elle moins prompte que dans les quadrupèdes adultes, après la destruction d'une portion de la moelle, et même après l'excision de la tête? Plus l'animal est jeune, moins la circulation est difficile à entretenir : 1°. il a plus de contractilité; 2°. son corps étant moins développé, les rayons que la circulation doit parcourir sont moins éloignés du centre; 3°. la vie est moins subordonnée à la puissance nerveuse, dans les premiers jours qui suivent la naissance, qu'elle ne l'est aux époques qui en sont moins rapprochées.

Il y a un enchaînement, une dépendance d'une fonction à l'autre; et de même qu'il est des organes rois, de même certaines fonctions ont une sorte de suprématie. Le trouble d'une fonction subalterne peut ne rien changer à la précision avec laquelle s'exécutent les fonctions d'un ordre supérieur. Celles-ci ne sauraient être en échec sans que l'exercice des fonctions du second ordre soit modifié. Plus un organe a d'influence sur la vie, plus son exercice est continu. Il n'y a point d'intermittence, il n'y a point de repos pour le cœur ni pour les poumons; le rôle qu'ils remplissent est d'une telle importance, que l'art ne peut inventer aucun moyen qui y supplée. Il n'y a aucune justesse dans le corollaire suivant : « En insufflant un animal décapité, on ne fait donc que remédier à la cessation de l'influence que le cerveau exerçait par la moelle

épinière sur la respiration ; mais rien n'indique qu'on remédie en même temps à la cessation de celle qu'il exerçait par les nerfs de la huitième paire, de manière qu'on puisse prolonger la vie indéfiniment [1]. » Je trouve dans ce passage une distinction sans fond : l'insufflation, en suppléant à la respiration d'une manière précaire, remplace jusqu'à un certain point l'action des nerfs qui viennent de la moelle alongée, tout aussi bien que l'action des nerfs qui viennent de la moelle épinière. Mais, quoiqu'elle remplace cette double action, la vie ne peut être indéfiniment prolongée par ce moyen, 1°. parce que la respiration est la seule fonction à laquelle il supplée, même très-imparfaitement ; 2°. parce que l'accomplissement des autres fonctions, desquelles la vie dépend, ne peut avoir lieu sans le concours de la sensibilité, qui s'épuise rapidement dans les nerfs venant de la moelle épinière, après que celle-ci a cessé de communiquer avec le cerveau ; 3°. parce que la respiration ne peut être long-temps suppléée par l'insufflation pulmonaire. En dernière analyse, ce procédé a pour résultat de conserver ou de rétablir pendant quelques heures, dans le corps d'un animal ou dans un tronçon de ce corps, une modification de la vie, qui n'est presque point au-dessus de celle qui est le partage des végétaux [2].

Il suit des considérations que je viens d'exposer : 1°. qu'après la décapitation la vie cesse dans le tronc, parce qu'il est séparé du cerveau ; qu'elle cesse dans la tête, parce qu'elle est séparée du cœur : l'un succombe au défaut de sensibilité ; l'autre succombe au défaut de stimulus ; 2°. qu'en prévenant

---

[1] Legallois, page 162.

[2] Legallois avoue que la prolongation de ces mouvemens n'a jamais dépassé cinq ou six heures, et que, le plus souvent, ils se sont arrêtés beaucoup plus tôt.

l'hémorragie par la ligature des vaisseaux du cou, on prolongerait de quelques minutes l'activité des sens, et même, avec de très-grandes restrictions, celle des facultés intellectuelles dans la tête de l'animal, après son excision; mais que ce résultat serait fort précaire, parce que le stimulus a besoin d'être continuellement renouvelé; il s'use par l'excitation même qu'il produit, comme l'huile se consume dans une lampe par la combustion; 3°. qu'il y a toujours successibilité dans l'extinction de la vie; son extinction absolue n'est jamais instantanée. Ces deux termes, *mort subite*, exprimeraient une idée fausse, si on les appliquait à la mort générale : c'est la vie extérieure qui cesse la première; après elle, la vie intérieure; et enfin, la vie des parties, la vie fibrillaire (qu'on me pardonne cette expression), et notamment celle des muscles. Dois-je rappeler que chaque vie a un mode qui lui est propre? que la vie extérieure consiste dans les relations avec les autres corps? que la vie intérieure consiste dans l'absorption, la circulation, les sécrétions, etc.? que la vie des fibres ne consiste que dans leur contractilité?

4°. Que, dans l'échelle des animaux, la classe des mammifères est celle dans laquelle la mort est la plus prompte après la décapitation, parce que la quantité de substance médullaire, et par conséquent de sensibilité, amassée dans le crâne, est plus grande dans cette classe que dans aucune autre. C'est pour cela qu'après la décollation, la mort est encore plus prompte dans l'homme que dans tout autre animal.

5°. Qu'il est des animaux qui vivent sans que la sensibilité ait un centre dans une cavité particulière, sans qu'elle prenne sa source dans un cerveau. Mais, toutes les fois qu'il y a un cerveau, il réunit, il rassemble une somme de sensibilité assez grande pour qu'elle puisse suffire aux phénomènes de la vie et aux actes de l'intelligence. Il est le foyer de la sensibilité;

foyer d'autant plus nécessaire à ses irradiations, à son action sur la vie, qu'il est plus grand. Aussi, tous les systèmes languissent, aucune fonction ne s'exécute avec précision, même dans un animal à sang froid, après l'ablation du cerveau ou après l'excision de la tête. La vie cesse tantôt subitement, tantôt après un intervalle plus ou moins court, et toujours très-disproportionné avec sa durée ordinaire, dans la classe à laquelle cet animal appartient.

6°. Que néanmoins nous ne sommes point autorisés à regarder le cerveau comme le foyer de la vie. Elle dépend de deux mobiles différens, les stimulans et la sensibilité : c'est là ce que confirment les expériences qui ont été faites, et dont quelques-unes sont le principal texte de ce Mémoire. L'empire de chacun de ces mobiles n'est point exclusif; il est précaire toutes les fois qu'il est divisé.

La vie résulte donc de la sensibilité mise en action par les stimulans. Cette manière de l'analyser est moins abstraite que celle que Legallois a proposée comme une conséquence des nombreuses expériences qu'il avait faites : « La vie est due à une impression du sang artériel sur le cerveau et la moelle épinière, ou à un principe résultant de cette impression [1]. » L'hypothèse de ce principe a conduit notre auteur à des questions inextricables, à des problèmes insolubles. Qui pourra débrouiller ce nœud? « Si la mort générale est irrévocable, ce n'est pas que la reproduction du principe dont il s'agit ne puisse s'opérer dans toute l'étendue de la moelle épinière, après son entière extinction; mais c'est que le cœur ayant perdu toutes ses forces par l'effet même de l'extinction de ce principe, sans aucun moyen de les recouvrer, la circulation a

[1] Page 147.

cessé pour jamais [1]. » On voit qu'il suppose que le cœur puise ses forces dans la moelle épinière ; que le principe qui anime celle-ci peut, après son entière extinction, être reproduit, même dans toute l'étendue de la moelle. S'il en était ainsi, la mort générale ne serait point irrévocable : le retour, la reproduction du principe dans la moelle épinière rendrait au cœur les forces nécessaires pour donner l'impulsion au sang ; à moins que ce principe, par son extinction, n'eût perdu une partie de ses attributs, de son énergie ; et alors sa reproduction serait très-imparfaite. Il me semble que l'erreur consiste, premièrement, à prétendre que le *principe* puisse être rallumé ; en second lieu, qu'étant rallumé, il ne peut point raviver le cœur. Il y a ici un autre préjugé : l'auteur suppose que la circulation peut renouveler la sensibilité après qu'elle a été détruite. En liant l'aorte sur les vertèbres lombaires, on frappe de mort toutes les parties situées au-dessous de la ligature ; on leur rend la vie en déliant l'aorte. Dans la première de ces deux alternatives, on suspend l'exercice de la sensibilité ; dans la deuxième, on le rétablit. Cette faculté n'est jamais en action sans le concours du stimulus. De ce qu'elle n'est point en action, il ne suit point qu'elle soit anéantie. Une fois éteinte, elle ne peut être recouvrée. Cette extinction de la sensibilité dans un ou plusieurs de ses canaux est d'autant plus irrévocable, qu'ils sont plus rapprochés du centre ou des principaux troncs de ce système. Il est donc absurde d'avancer que la vie peut être rendue à la totalité ou à une portion de la moelle, après l'entière dispersion de la sensibilité qui lui appartient. Il n'en est pas de même du stimulus : il peut décroître, être réduit à des quantités infiniment petites, ne recevoir qu'une faible impulsion ; et recouvrer ensuite toute son énergie, re-

---

[1] Page 154 et suiv.

prendre son cours ordinaire. J'en atteste ce qui se passe dans la convalescence de beaucoup de maladies.

Le *principe* admis par Legallois a très-peu d'analogie avec l'archée de Van Helmont; c'est un être beaucoup moins métaphysique, et rapporté à quelque chose de réel, à deux systèmes de l'économie. Haller attribuait la circulation, et par suite la vie, à un seul mobile; savoir, au stimulus du sang artériel, dont le contact déterminait les contractions du cœur. Bichat a reconnu un double mobile, mais pour une double vie, dont l'une était distincte de l'autre, non-seulement par les phénomènes, mais encore par la source. Il a supposé que chacun des deux mobiles n'exerçait d'influence que sur l'une des deux vies, le cerveau sur la vie animale, le cœur sur la vie organique.

Bordeu et quelques autres médecins ont créé un trépied vital, et ils ont compté l'estomac au nombre des branches qui le composent. Quelque important que soit l'estomac, il n'a pas plus de droits à ce privilége que n'en ont les intestins, le foie et plusieurs autres viscères. Pour donner quelque vraisemblance à l'hypothèse du trépied, il faudrait le représenter formé par le cerveau, le cœur et les poumons. Peut-être même n'y a-t-il pas une grande exactitude à placer le rôle du poumon sur la même ligne que ceux que remplissent le cœur et le cerveau. Il semble que l'action du premier sur les phénomènes de la vie est moins immédiate, et que ses fonctions se bornent à préparer, tandis que le cerveau et le cœur exécutent. Quoique la circulation corresponde aux mouvemens de la respiration, il n'en est pas moins vrai que celle-ci aurait été inutile, si le sang eût pu être approvisionné d'une quantité de stimulus, capable de suffire au cours de la vie.

La contractilité elle-même n'eût pas dû être élevée au premier rang parmi les puissances qui font vivre les animaux. C'est un terme générique inventé pour désigner une série de

mouvemens, un ensemble de phénomènes. La contractilité est un produit, comme la vie, ou du moins elle ne peut être considérée que comme cause secondaire. Il n'y a qu'une seule propriété vitale, c'est la sensibilité.

Après avoir réfuté une partie des opinions de Legallois, j'éprouve le besoin d'exprimer combien j'honore sa mémoire, et d'acquitter un juste tribut d'hommages! Personne, avant lui, n'avait eu un goût plus décidé pour l'observation, et n'avait apporté plus de sagacité dans les expériences. Celles qu'il a faites ont contribué à manifester davantage la corrélation, la connexité qui unit les deux principaux systèmes de l'économie. S'il n'a pas atteint le but qu'il s'était proposé, il s'en est beaucoup approché. S'il n'a pas complétement démontré en quoi consiste le principe de la vie, c'est parce que des aperçus métaphysiques ont obscurci la théorie qu'il a créée. Une plume plus exercée que la mienne peindra les talens, les vertus et le dévouement de ce physiologiste, moissonné dans la fleur de l'âge, à la suite de pénibles et utiles travaux.

L. CASTEL.

OBSERVATIONS *sur l'emploi de l'arsenic dans les fièvres intermittentes.*

En lisant l'article *arsenic* du *Dictionaire des Sciences médicales*, je n'ai pas été moins surpris que M. le professeur Fodéré de voir l'auteur condamner, sans restriction, l'emploi de l'arsenic dans les maladies, tandis que des praticiens recommandables s'en sont servi avec avantage, notamment dans les fièvres d'accès. Sans prétendre dissimuler néanmoins les inconvéniens et même les dangers qui peuvent résulter de l'administration inconsidérée d'un tel remède, je dois faire con-

naître des essais qui me sont propres, et qui me paraissent militer en sa faveur. Pourrais-je différer plus long-temps à les publier, lorsque M. Fodéré, qui a si bien constaté les propriétés médicinales de l'arsenic, invoque mon expérience à cet égard? Afin qu'on puisse bien apprécier l'esprit dans lequel mes recherches ont été faites, je vais extraire littéralement des Rapports, que j'ai présentés dans le temps au médecin en chef de l'armée, sur les hôpitaux de Dantzick, tout ce qui est relatif à cet objet; et pour ne pas donner une extension inutile à mon travail, je m'abstiendrai de tout détail sur l'histoire naturelle de l'arsenic, sur ses propriétés physiques et chimiques, et sur ses effets comme poison dans l'économie animale.

Peu de remèdes tirés du règne minéral ont été l'objet de plus de recherches que l'arsenic; mais on en a tour à tour exagéré les avantages et les inconvéniens, et on est resté, par conséquent, loin de la vérité. J'ai cru découvrir la source de cette erreur dans ce que, pour apprécier les effets des médicamens, on a moins égard, en général, à la nature et au caractère de la maladie dans laquelle on les emploie, qu'à certaines propriétés absolues qu'on s'efforce de leur attribuer, et qu'ils ne possèdent point. En effet, ne voit-on pas la même maladie, tantôt céder et tantôt résister à un remède déterminé, et dont les vertus intrinsèques sont toujours les mêmes, tandis que son action est différente? Or, dans ce cas, il doit y avoir nécessairement quelques différences ou modifications apparentes ou inaperçues dans la maladie, puisqu'elles font varier les effets du remède. D'après cela, combien est chancelante, incertaine, une classification des médicamens, lorsqu'on veut la fonder d'après leur action sur l'économie animale.

Relativement à l'arsenic, persuadé que les uns en avaient

dit trop de bien, et les autres trop de mal, j'ai voulu l'essayer moi-même, et pour cela j'ai choisi deux constitutions différentes de fièvres d'accès, dans lesquelles je l'ai employé. Dans le premier cas, il ne m'a point réussi, et il m'a semblé plutôt nuisible qu'utile; dans le second cas, ses bons effets ont été tels, que j'aurais été tenté de le regarder comme très-supérieur au quinquina par sa vertu fébrifuge. Maintenant, supposons que je n'eusse fait qu'un seul de ces essais, n'est-il pas évident que j'aurais pu me ranger, avec quelque apparence de raison, soit parmi les détracteurs, soit parmi les partisans outrés de ce remède? Tel est le motif de la plupart de nos déterminations. En général, nous nous hâtons trop de juger, et nous nous décidons avant d'avoir bien examiné tous les points d'une question. Je ne crains pas de dire que c'est là l'origine de l'imperfection de nos méthodes d'observer et d'analyser en médecine. Je me hâte de rapporter les faits et leurs résultats, pour qu'on puisse juger de la valeur de mes observations; et, si je ne parviens pas à déterminer exactement les circonstances dans lesquelles on pourrait toujours faire usage, avec succès, de l'arsenic contre les fièvres intermittentes, peut-être aurai-je montré la route qu'il faut suivre pour éviter les préventions, et pour éclairer les points encore obscurs de la matière médicale.

Extrait de mon Rapport sur le service médical des hôpitaux de Dantzick, pendant le mois de juin 1811.

Les fièvres d'accès ont été très-nombreuses : les fièvres tierces n'ont pas été opiniâtres; mais les quotidiennes et les quartes ont presque toutes résisté au quinquina. Pour m'assurer jusqu'à quel point on pouvait compter sur les effets de l'arsenic, si vanté par plusieurs auteurs, et notamment par M. Fodéré, et le docteur Heim, de Berlin, contre ces mala-

dies, je l'ai fait prendre à plusieurs individus, d'après la recette donnée par le Collége de médecine de Prusse, et que voici :

℞ Arsenici albi subtilissime triti
Kali carbonici, *aa* LXIV *gran.*
Solve digerendo in aq. destil. ℥ VIII
in phiolâ vitreâ.
Solutioni refrigeratæ adde
spiritus angelicæ compositi ℥ß
aq. destil. q. requiritur ut totius massæ
pondus sit ℥ XII.

Une once de cette solution contient cinq grains et un tiers d'oxide blanc d'arsenic, à peu près deux tiers de grain pour une drachme.

J'ai choisi neuf malades, dont cinq étaient atteints de fièvre tierce, un de fièvre quotidienne, un autre de fièvre double tierce, et les deux derniers de fièvre quarte : ils ont pris la liqueur précédente à la dose de trente gouttes, dans l'intervalle des accès, cinq gouttes toutes les deux heures. J'ai préparé moi-même, ou fait préparer sous mes yeux, les potions dans lesquelles entrait ce remède, et j'en ai fait surveiller l'administration aux malades par M. Dulau, chirurgien aide-major éclairé, qui m'a rendu un compte exact de ses effets.

Première observation. Kunsch, ayant eu plus de trente accès de fièvre tierce régulière, contre lesquels on avait employé les remèdes les plus recommandés, commença à prendre la solution arsénicale le 12 juin, à la dose que je viens d'indiquer. Le 13, il eut la fièvre comme à l'ordinaire. Le 14 et le 16, jours de rémission, même dose du remède. Mais comme il avait augmenté une difficulté de respirer à laquelle le malade était sujet, et qu'il avait occasioné un sentiment d'ardeur dans la poitrine, on en suspendit l'usage, pour faire prendre une décoction de quinquina, avec la gomme arabique,

des pilules de camphre, et autres substances antispasmodiques. La fièvre s'était montrée le 15 avec la même intensité que les autres fois. Le 20, retour à la solution arsénicale, dont on augmenta la dose de dix gouttes. Nouveau sentiment d'ardeur et d'oppression de poitrine, qui me fit renoncer au remède. La fièvre a persisté, et, le malade ayant été envoyé le 30 dans un autre hôpital, il ne m'a plus rien fourni à l'observation.

Deuxième observation. Le nommé Heister, atteint depuis plus de vingt jours d'une fièvre tierce légitime, a fait usage, le 12 juin, de l'arsenic. Les premières doses ont produit les mêmes effets que chez le malade de l'observation précédente; oppression de poitrine avec un sentiment d'ardeur incommode. Je fus obligé d'abandonner aux seuls efforts de la nature cette fièvre, qui se dissipa spontanément vers la fin du mois.

Troisième observation. Phoque, d'un constitution faible et lymphatique, avait éprouvé plus de dix accès d'une fièvre tierce régulière, dans laquelle il avait eu recours, sans succès, au quinquina en poudre et en décoction, et à quelques amers. Le 12 juin, il prit la solution d'arsenic, et la continua pendant quatre jours, durant l'intervalle des accès. Le 17, la fièvre avait disparu; mais elle se manifesta de nouveau le 26, et devint quotidienne. On ne redonna pas l'arsenic, quoique ce remède n'eût produit chez ce malade aucun sentiment de chaleur interne, ni d'oppression.

Quatrième observation. Spitzbarth, ayant la fièvre quotidienne depuis plus d'un mois, employa la liqueur minérale le 13 et le 14 juin. Comme il en fut fatigué, on la cessa le 15, et on donna une tisane mucilagineuse et des antispasmodiques. On la reprit ensuite le 16, et on mit un intervalle de deux jours, puis on l'administra de nouveau le 19; mais, au lieu de détruire la fièvre, elle n'avait fait qu'augmenter la

chaleur intérieure, et on l'abandonna. Cependant, les accès devinrent moins forts et plus courts.

Cinquième observation. Le nommé Bleibe, atteint depuis quarante-six jours d'une fièvre tierce, dans le traitement de laquelle on avait employé beaucoup de substances amères et du quinquina en poudre, prit la solution d'arsenic le 14 juin, et la continua le 15 et le 16. Mais, comme il en fut fatigué, il la cessa le 17 et le 18. Il la reprit ensuite depuis le 19 jusqu'au 20. Les accès furent les mêmes. Le 25, il augmenta la dose de dix gouttes. Le 26, il n'y eut point de fièvre. Le 30, il se manifesta un peu d'embarras gastrique, avec perte d'appétit. La fièvre revint vers les premiers jours du mois suivant; on ne chercha plus à la combattre par l'arsenic.

Sixième observation. Schmith, affecté depuis quarante jours d'une fièvre tierce irrégulière, compliquée d'affection catarrhale, a fait usage de la liqueur arsénicale depuis le 16 jusqu'au 19 juin. Le 21, la fièvre s'est dissipée sans retour, et le malade est sorti guéri de l'hôpital, vers la fin du mois.

Septième observation. Stamme, atteint depuis plus de cinquante jours d'une fièvre double tierce, a eu recours à la préparation d'arsenic, le 17 juin, et l'a continuée jusqu'au 20, dans l'intervalle des accès, toujours aux doses connues. Le 21, il n'y a pas eu de fièvre, et le mieux s'est soutenu jusqu'au 25. Mais, le 26, la fièvre est revenue avec le même caractère et la même intensité. Une demi-once de quinquina en poudre, donnée le 30, en a arrêté le cours.

Huitième observation. Hurelle, canonnier attaqué depuis plus d'un an d'une fièvre quarte, avec empâtement du ventre, avait employé, pendant long-temps, et sans succès, les fébrifuges les plus recommandés. Depuis le 13 jusqu'au 15 juin inclusivement, il a pris la solution d'arsenic. Elle a produit, d'une manière remarquable, un sentiment d'oppression et de

chaleur dans la poitrine. Le 16, solution de gomme arabique édulcorée, et julep antispasmodique. Le 17, nouvelle prise de notre remède. Le 21, accès de fièvre comme les jours précédens. Le 22 et le 23, même remède. Le 24, accès de fièvre. Le 25 et le 26, continuation de l'arsenic. Le 27, accès de fièvre. Jusque là la liqueur minérale avait été donnée de concert avec des amers, des infusions de menthe éthérées. Une gêne dans la respiration s'était manifestée pendant ce traitement, sans que la fièvre eût en rien diminué; on n'employa ensuite que les antispasmodiques et l'opium.

Neuvième observation. Le nommé Barbet, canonnier, atteint depuis dix-huit mois d'une fièvre quarte rebelle, a épuisé en vain les ressources de la pharmacie. Après avoir pris un minoratif, il a commencé la solution arsénicale le 14 et le 15. Néanmoins la fièvre a paru le 16 comme à l'ordinaire. Le 17 et le 18, même remède. Le 19, fièvre un peu moins forte. Le 20 et le 31, liqueur minérale donnée, comme les autres jours, à la dose de trente gouttes dans l'intervalle des accès. Le 22, fièvre plus considérable. Le 23 et le 24, quarante gouttes de solution données dans un excipient gommeux. Accès de fièvre le jour suivant. Enfin, le 26 et le 27, même remède administré sans succès. Le 30, j'y ai renoncé, quoique le malade n'en ait pas été fatigué.

Réflexions. Telles sont les observations les plus exactes que j'ai pu recueillir pendant ce mois sur l'action de l'arsenic dans les fièvres intermittentes. On voit que les phénomènes les plus communs qui ont accompagné l'administration de ce remède, sont un sentiment d'oppression de poitrine assez considérable, et une chaleur intérieure incommode; cependant ces accidens ne se sont pas manifestés constamment chez tous les malades. Nous devons remarquer seulement que la fièvre a résisté aux plus fortes doses de la liqueur arsénicale. Trois individus s'en sont assez bien trouvés d'abord, puisque la fièvre

paraissait surmontée; mais un seul malade, traité par ce moyen, est sorti guéri de l'hôpital; les autres ont éprouvé des rechutes, ou n'ont obtenu aucune amélioration dans leur état : il a fallu renoncer à l'emploi de l'arsenic. C'était pourtant une remarque capitale dans le Mémoire de M. le docteur Heim, que les fiévreux qui avaient guéri par ce moyen étaient peu sujets aux rechutes. Mais lorsque des médecins recommandables obtiennent des résultats si différens dans les effets des remèdes qu'ils emploient contre les maladies, ne doit-on pas en chercher la cause plutôt dans les dispositions particulières des malades, dans la nature de leurs maladies, ou dans les constitutions atmosphériques, que dans les remèdes mêmes? Avec quelle réserve on doit se prononcer sur les propriétés des médicamens! Pour n'avoir pas vu produire à l'arsenic les effets que j'en attendais, je me suis bien gardé de conclure d'abord qu'il était inefficace contre les fièvres d'accès; je me propose de répéter encore mes expériences, lorsqu'une occasion favorable se présentera, et peut-être qu'elles me mettront à même de concilier les différentes opinions des médecins sur cet objet.

Extrait de mon Rapport sur le service médical des hôpitaux de Dantzick pendant le mois de décembre 1811.

Les fièvres intermittentes ont été les maladies les plus communes de cette constitution; elles étaient principalement quartes, et on les distinguait en fièvres anciennes et en fièvres récentes. Le traitement en était plus ou moins difficile, et d'un succès différent, suivant les diathèses qui les compliquaient. Par exemple, les fièvres auxquelles la constitution régnante avait imprimé un caractère inflammatoire, tel qu'on pouvait le remarquer dans quelques fièvres tierces, et même dans un petit nombre de fièvres quartes, réclamaient l'usage des boissons acidules, de la crème de tartre, etc., tandis que les

autres fièvres, les chroniques surtout, exigeaient un autre traitement.

La difficulté de trouver un remède efficace me détermina à répéter les essais que j'avais tentés sans succès dans le mois de juin dernier sur l'emploi de l'arsenic. Trop d'auteurs avaient vanté les bons effets de cette substance contre les fièvres d'accès, pour que je ne dusse pas attribuer à quelques circonstances particulières, indépendantes de l'arsenic, le peu d'avantages que j'en avais retirés. En y réfléchissant, j'ai cru découvrir cette cause dans la nature même des fièvres, qui, vers la fin du printemps et au commencement de l'été, étaient presque toutes tierces et d'un caractère inflammatoire. Or, dans ce cas, l'usage des préparations arsénicales nous paraît être contre-indiqué; car, comme le dit M. Fodéré [1], l'effet principal et constant de ce remède est d'animer et d'exciter les solides, de rendre le pouls plus fréquent, plus soutenu, et en général de produire l'inverse des effets de la digitale pourprée. Aussi les constitutions molles et muqueuses, les tempéramens cacochymes, les individus faibles et languissans, sont plutôt guéris de la fièvre par ce moyen, que les personnes robustes, d'un tempérament sanguin, et disposées à l'inflammation. Par cette même raison, les fièvres du printemps sont plus longues à céder par l'arsenic, que celles d'une autre constitution.

M. Marcus, de Bamberg [2], a également remarqué que l'arsenic, dans les fièvres intermittentes de la constitution de l'été (1811), n'avait été d'aucun secours. « Les fièvres intermittentes, dit-il, commencèrent de bonne heure, et prirent ensuite le caractère de fièvres rémittentes. Dans ces fièvres,

---

[1] *Journal général de Médecine*, tom. XXXVII, pag. 306.

[2] Dans ses *Ephémérides de Médecine*, t. II, troisième cahier, p. 336 et suivantes.

on voyait peu ou point de phénomènes gastriques. Les personnes qui en étaient affectées étaient en général des hommes jeunes et vigoureux. Durant l'exacerbation, les douleurs de tête étaient très-considérables, la chaleur vive, brûlante, l'apyrexie complète. Beaucoup de ces fièvres cédaient simplement à l'usage du tartre dépuré, donné toutes les heures à la dose d'une demi-drachme ou d'une drachme. Ce remède ne produisait de selles copieuses chez aucun malade. Dans une période plus avancée, on faisait prendre une infusion de valériane ou de quinquina, qui dissipait les accès. L'emploi de l'arsenic, dans ce cas, n'avait produit aucun bon effet. Il faut dire cependant que les malades n'en avaient pas été fatigués; mais cela me fortifie dans l'opinion que cette substance ne convient point dans les fièvres intermittentes du printemps. Elle me paraît seulement indiquée lorsque les organes de la digestion sont profondément affectés, comme dans les fièvres quartes. »

M. Harles [1] dit aussi que l'arsenic n'est pas convenable dans les maladies et les fièvres intermittentes inflammatoires. Le docteur Geizler, médecin à Dantzick, qui depuis longues années fait un grand usage de l'arsenic contre les fièvres d'accès, si communes dans cette ville, m'a assuré que ce remède ne réussit point, ou laisse le malade sujet à des rechutes, lorsqu'on l'emploie durant les solstices.

Quoi qu'il en soit, le nombre des fiévreux était si grand dans mon hôpital pendant le mois de décembre, et les fièvres s'étaient montrées si rebelles aux traitemens ordinaires, que je me décidai à faire usage de nouveau de l'arsenic. J'eus recours à la même préparation dont j'ai tracé plus haut la formule. Je la donnai d'abord à quelques malades atteints de

---

[1] *De Arsenici usu in medicinâ*, pag. 248.

fièvre quarte. Je choisis des fièvres qui ne fussent point compliquées d'autres maladies, et dans lesquelles l'apyrexie fût bien marquée. Le malade, dans cet intervalle et pendant vingt-quatre heures, prenait une demi-drachme de liqueur arsénicale, que je divisais en quatre prises, de quinze gouttes chacune, pour quatre fois : après chaque prise, le malade faisait usage de boissons mucilagineuses ; le régime était bien réglé ; point de remède le jour de l'accès. Une drachme ou une drachme et demie de solution d'arsenic, donnée dans les intervalles de deux ou trois accès, suffisait presque toujours pour arrêter la fièvre.

Mes premiers essais furent si satisfaisans, et mes succès si nombreux, que je n'hésitai point à étendre l'emploi de l'arsenic sur presque toutes les fièvres d'accès qu'il y avait dans mes salles, sans m'arrêter même à quelques complications particulières, pourvu qu'elles ne fussent pas de nature à contre-indiquer ce remède d'une manière positive. Je l'ai donné à soixante-quatorze individus, dont soixante-trois atteints de fièvre quarte, six de fièvre tierce, et cinq de fièvre quotidienne ou de fièvre anomale. Les résultats ont été que, sur ce nombre total des malades, quarante sont sortis guéris de l'hôpital avant la fin du mois ; plus de la moitié des trente-quatre restans étaient exempts de fièvre à la même époque, et les autres étaient encore soumis au traitement, ou l'avaient suspendu pour des raisons particulières.

Je ne rapporterai pas ici les observations détaillées des individus qui ont été soumis à ce traitement : il me suffit d'indiquer, d'une manière générale, les résultats que j'ai obtenus et que j'ai communiqués à mes confrères qui étaient à D[illegible]zick, en leur faisant voir les malades. Ce fut [illegible] que M. Roullier, cité par M. Fodéré, se décida à [illegible]ployer lui-même, dans son service particulier, la solu[illegible] arsénicale, et

à compléter par là les expériences qu'il avait tentées depuis quelque temps sur les propriétés des divers succédanés du quinquina dans les fièvres intermittentes [1].

Cependant le caractère des fièvres intermittentes, dans le mois de décembre, n'était peut-être pas tout à fait aussi favorable qu'il aurait pu l'être à l'emploi de l'arsenic, puisque beaucoup de ces fièvres, principalement les plus récentes, avaient réellement quelque chose d'inflammatoire, et que la plupart des affections qui les compliquaient, comme les catarrhes pulmonaires, les diarrhées, etc., contre-indiquaient évidemment ce remède. Alors il fallait s'en abstenir, ou le donner à plus petites doses et dans un véhicule mucilagineux. Je peux dire n'avoir remarqué cette fois aucun des accidens qui s'étaient manifestés chez les malades qui avaient pris la solution arsénicale pendant le mois de juin, et rien ne m'a fait repentir de mes nouveaux essais.

Voici ce que je lis dans le Rapport qui m'a été communiqué à la même époque par le docteur Haffner, employé dans nos hôpitaux de Dantzick. « J'ai observé, dit-il, dans ma division, beaucoup de fièvres quartes qui ont résisté à presque tous les moyens curatifs que j'ai pu employer. Après l'usage long-temps continué du quinquina en substance, et de quelques fébrifuges moins énergiques, j'ai vu se déclarer souvent l'œdème des extrémités inférieures, et quelquefois des hydropisies générales. Le plus grand nombre de ces fièvres étaient anciennes, et les malades avaient beaucoup de répugnance pour toute espèce de médicament, ce qui me fit recourir à la

[1] Au [illegible]

général de de l'arsenic, voyez la Lettre de ce médecin dans le *Journal* lequel il a été [illegible]*cine*, tom. XLVIII; et au lieu de *Boullier*, nom sous vail de M. Fodéré, [illegible]né, par erreur typographique, dans le dernier tra- [illegible] *Roullier*.

solution d'arsenic. Il résulte des essais que j'en ai faits, que, sur vingt malades, douze ont été guéris en très-peu de temps. Il m'a semblé que les Français supportaient moins ce remède héroïque que les Allemands. Deux chasseurs à cheval, à qui je l'avais donné aux mêmes doses et de la même manière qu'aux autres malades, ont éprouvé de fortes coliques, qui m'ont forcé à le supprimer. »

Enfin, le compte rendu par M. Geizler sur son service médical dans le mois de décembre 1811, porte ce qui suit : « La plupart des fièvres intermittentes ont été quartes ; c'étaient les maladies les plus communes. Leur nature et leur traitement n'ont offert rien de bien particulier. Seulement nous avons employé les préparations d'arsenic, qui ont été si généralement salutaires, que les malades demandaient eux-mêmes qu'on les leur donnât. »

J. C. GASC.

SUR *une maladie des voies urinaires, accompagnée d'une difficulté extrême dans la station et la marche* [1].

Madame ***, âgée de vingt-sept ans, bien constituée, et d'une taille avantageuse, a offert habituellement, dans le cours de la maladie dont il s'agit, et dont la première atteinte date de cinq ans, avec les apparences d'une belle

---

[1] Cette observation, dont les détails me sont connus particulièrement, est d'un intérêt tel, qu'on ne saurait lui donner trop de publicité. On y verra, outre des symptômes fort extraordinaires, vingt systèmes de traitement différens, employés sans succès jusqu'au moment où M. Maisonabe a pu réaliser enfin le projet qu'il avait conçu, de passer un séton à l'entrée de la membrane génito-urinaire.

DUPUYTREN.

santé, l'embonpoint qui l'accompagne. Il y a huit ans qu'elle est mariée.

La première année de son mariage, elle fit une fausse couche, et eut une fausse grossesse. Ces deux circonstances n'offrirent rien de remarquable.

La seconde année, Madame *** redevint enceinte ; la gestation fut pénible, mais l'accouchement heureux. Six jours après ses couches, elle fut saisie d'une frayeur qui provoqua des mouvemens nerveux et un météorisme du bas-ventre, avec douleur. Il n'y eut pas suppression des lochies. Ce fut alors, pour la première fois, qu'elle éprouva de la difficulté à uriner, et qu'il fallut la sonder. Quelques jours après, les urines coulèrent, mais avec douleur, surtout vers le soir. Quelques mois après, tout rentra dans l'ordre.

Vers le mois de septembre 1815, nouvelle grossesse. Au cinquième mois, le ventre était aussi volumineux qu'il l'est ordinairement au neuvième. Gestation pénible ; mais encore couches heureuses, qui eurent lieu le 24 mai 1816. Le placenta fut trouvé énorme. Elle n'allaita point.

Une blessure que le premier enfant de Madame *** se fit, cinq jours après l'accouchement, mit encore sa sensibilité à l'épreuve, et lui causa une seconde rétention d'urine. Les suites des couches n'en furent cependant pas troublées, quoique de fréquentes attaques de nerfs, et des douleurs à la vessie, plus vives dans l'émission naturelle que dans celle qui se faisait au moyen de la sonde, se reproduisissent fréquemment.

*Ce n'était que le matin que Madame *** pouvait uriner sans le secours de la sonde. Tous les soirs, et à la même heure, son état empirait ; il fallait la sonder. Elle ne pouvait se tenir debout, moins encore marcher.*

Le médecin ordinaire reconnut que le méat urinaire et le fond de la vessie étaient douloureux au toucher. L'orifice de l'urètre était un peu rouge vers le soir. L'examen attentif qu'il

fit de cet organe et de ceux qui l'avoisinent, ne lui apprit rien de plus. L'émission de l'urine causait une sensation semblable à celle qu'aurait produite, suivant les expressions de la malade, un fer rouge passé dans le canal. Les urines troubles déposaient une matière mucoso-purulente.

Il serait trop long de rapporter tout ce qu'on employa de moyens indiqués en pareil cas, pour faire cesser cet état. Il n'y eut que des injections mucilagineuses dans la vessie, toujours douloureuse, qui soulagèrent à l'instant même, mais sans procurer l'émission naturelle des urines, le soir.

Le médecin ordinaire conclut du bon effet de ces injections, que le siége du mal était dans la vessie. Il exposa d'autres motifs de son opinion, dans un Mémoire à consulter, dont tout ce qui vient d'être dit n'est que l'analyse. Ce Mémoire est du 19 juin 1816.

Le professeur Dubois y répondit le 28 du même mois. « Il partagea l'opinion du médecin ordinaire sur la possibilité d'une exfoliation de la muqueuse de la vessie; mais il ajouta que l'effet de la compression nerveuse du fond du bassin, ou la fatigue sur l'épine du dos vers la fin de la moelle rachidienne, pouvaient y concourir. » Il prescrivit un traitement en conséquence.

Le même jour, le docteur Balme, de Lyon, qui avait donné des soins à Madame *** dans son enfance, répondit aussi au Mémoire. Ce médecin prétendit que la malade avait éprouvé, dans son bas âge, des rétentions d'urine, et que ses urines étaient sablonneuses. Il attribua l'affection de la membrane muqueuse de la vessie à la qualité de ces urines, et eut égard à la périodicité du retour de l'ischurie et des accidens qui s'y rattachaient; il approuva le traitement que suivait la malade, proposa l'*uva ursi*, et conseilla pour boisson l'eau magnésienne. Madame *** assura n'avoir jamais éprouvé de

rétention d'urine dans son enfance, et elle ne sait encore à quoi attribuer l'erreur de M. Balme à ce sujet.

Le 15 août suivant, l'état de Madame *** ayant résisté à tout ce qui avait été fait, le docteur Martin, de Lyon, fut consulté. Il répondit qu'il pensait comme le médecin ordinaire, « qu'il ne fallait pas chercher la cause de la maladie dans l'action mécanique des accouchemens; que tout au plus on pouvait soupçonner que l'acrimonie *sui generis*, qui entretenait la phlegmasie de la muqueuse de la vessie, avait été appelée et fixée sur la membrane de l'urètre; il rapporta cette acrimonie à un érysipèle qu'avait eu la malade à l'âge de dix ans. » Il proposa, entre autres moyens curatifs, un vésicatoire à la face interne de la cuisse.

Le mal empira. On discontinua ce traitement.

Le docteur Récamier, de Paris, passant par la ville qu'habite ordinairement Madame ***, la jugea atteinte d'un catarrhe vésical, et, d'après ses conseils, elle prit, pendant environ cinq mois, des pilules de térébenthine dont on augmenta graduellement mais considérablement la dose. Une inflammation du rein gauche, qui survint alors, fit cesser l'usage de ce remède.

Le 8 octobre suivant, M. Jurine, de Genève, auquel on adressa le Mémoire avec les additions convenables, notamment celle que nécessitait le nouveau renseignement du docteur Balme, au sujet de la rétention d'urine éprouvée, d'après lui, par la malade dans sa jeunesse; M. Jurine, dis-je, après avoir rejeté formellement l'opinion de M. Dubois sur les compressions présumées, « conclut des phénomènes observés lors de la première et de la seconde grossesse, qu'à ces époques il s'était établi un système d'irritabilité dans l'abdomen, qui avait porté son impression sur l'urètre, sur la vessie, peut-être même sur les uretères et les reins. Il considéra

comme nerveuse, et causée par l'irritation de la vessie, la fièvre dont le retour périodique avait lieu tous les jours vers le soir. »

Il conseilla des douches émollientes, dirigées avec une canule vers l'orifice de l'urètre, et tombant depuis cinq pieds de haut jusqu'à neuf. Le calibre de l'orifice de la canule devait déterminer la grosseur de la colonne du liquide. Le plus grand diamètre a été d'environ quatre lignes : on n'y est arrivé que par gradation. Il prescrivit la durée de ces douches depuis dix minutes jusqu'à demi-heure, et conseilla, de plus, divers remèdes internes, parmi lesquels le quinquina.

Ces douches furent administrées tous les jours pendant six mois; elles se composaient chaque jour de trente seaux d'eau, qui en contenaient chacun de trente à quarante livres. Le médecin ordinaire, qui présidait à leur administration, rapporte que, dans quelques minutes, l'orifice du canal était tellement dilaté, qu'il offrait plus de quatre lignes de diamètre. La malade supportait avec courage la sensation de ces douches, douloureuses, surtout pendant tout le temps qui précédait la dilatation du canal.

Vers la fin de février 1817, ces douches, d'après l'expression du médecin ordinaire, n'ayant eu aucun succès marqué, Madame *** se rendit à Genève, où M. Jurine l'ayant examinée, déclara que la maladie ne consistait que dans une crampe vésicale; il indiqua des moyens internes et locaux pour la combattre, et insista sur la continuation des douches, qui furent encore administrées, comme ci-devant, pendant huit mois, et toujours sans succès.

Ce fut dans le mois de décembre 1817, que, faisant route vers Paris, et devant passer quelques jours dans la ville qu'habitait Madame ***, je fus consulté. D'après tout ce qui me fut rapporté par le médecin ordinaire, les documens que me

fournirent les diverses consultations, et l'état actuel, dont je m'assurai moi-même, il me parut que, quelle que fût la cause des accidens qu'éprouvait la malade, il était évident qu'il y avait à combattre, 1°. *un mouvement fluxionnaire vers la vessie ;* 2°. *une perversion de la sensibilité de cet organe*, au moins en ce qui se rapportait aux fonctions de l'urètre, et surtout de son orifice interne.

Tous les moyens connus pour remplir ces deux indications ayant été vainement employés, je proposai un séton tout près de l'orifice du méat urinaire.

Plus la fluxion dont je voulais changer la direction était ancienne, plus je désirais que le point sur lequel je désirais établir une suppuration, fût rapproché de celui qui en était le centre : je comptais sur la suppuration comme moyen évacuant et révulsif; et, d'autre part, la douleur inévitable de l'opération, comme celle des pansemens pendant les premiers jours, me paraissaient un moyen non moins propre à troubler la nature dans la constante reproduction du phénomène inexplicable qu'offrait depuis si long-temps l'impossibilité d'émettre les urines pendant le jour, tandis qu'elles coulaient, quoique avec douleur, pendant la nuit.

Ma proposition acceptée, et tout traitement suspendu, le médecin ordinaire de Madame *** lui passa une mèche de linge doux et ébarbé, d'environ six lignes de largeur, à la base de la petite lèvre droite. Cette opération ne provoqua point les mouvemens nerveux auxquels on aurait pu s'attendre, vu l'extrême irritabilité de la malade. Huit jours après, et la suppuration étant à peine établie, Madame *** n'éprouvant pas un soulagement sur lequel il n'était pas toutefois raisonnable de compter en si peu de temps, voulut profiter d'une occasion favorable qui se présentait pour se rendre à Paris. La mèche fut ôtée, et la petite plaie se cicatrisa en vingt-quatre heures.

Arrivée sans accident à Paris, la malade y consulta, dans le mois de janvier, MM. Portal, Dupuytren, Dubois, Bourdois, Alibert, Lavit, Lebreton accoucheur, et Chaussier. Les recherches les plus exactes, faites à plusieurs reprises pendant un mois, ne fournirent aucune donnée sur l'existence d'aucun vice organique dans l'appareil des voies urinaires, ni dans les organes voisins. On n'en demeura pas moins d'accord que le siége de la maladie était dans la vessie et le méat urinaire.

Mais, dans cette longue maladie, si diversement jugée et traitée, où Madame *** avait déjà épuisé les ressources de la pharmacie, on ne pouvait tenter que des moyens à peu près analogues à ceux qui avaient été employés. La malade, n'en éprouvant aucun soulagement, annonça qu'elle était disposée à faire tout ce qu'on lui proposerait, même de plus énergique, pourvu qu'on lui assurât que de tels moyens n'empireraient pas son état. Il fut question de brûler plusieurs moxas au bas de la colonne vertébrale. Je crus devoir propoposer une seconde fois le séton, avant d'en venir là.

Le séton fut adopté, et je l'établis comme il suit :

Je passai, plus près de l'orifice de l'urètre qu'il ne l'avait été fait la première fois, au moyen d'une aiguille courbe à séton de plus d'un tiers plus large que la première, une mèche de linge proportionnée, qui embrassa une plus grande masse de tissu cellulaire, en profondeur et en étendue. Il ne survint d'autre accident qu'une douleur inévitable, et une hémorragie plus considérable, à la vérité, qu'on n'aurait dû s'y attendre, mais qui n'eut aucune suite. La suppuration devint très-abondante. Au bout d'un mois, la douleur des pansemens bien diminuée permit à la malade d'essayer de marcher ; elle fit quelques pas, et se sentit plus forte sur ses jambes. Il lui sembla qu'elle pourrait émettre ses urines sans le secours de la sonde, et elle y parvint réellement, quoique avec douleur.

La faculté de se tenir debout et de marcher fit tous les jours des progrès. Les urines continuèrent de couler le jour comme la nuit, et leur qualité, devenant tous les jours meilleure, est telle, depuis environ trois mois, qu'en état de santé parfaite. Il y a quatre mois que Madame *** n'a plus été sondée. L'entretien du séton lui cause plus de gêne que de douleur, et ne l'empêche cependant pas de marcher aussi bien qu'elle l'ait jamais fait.

Réflexions sur cette observation. — Si je ne me fais illusion, un succès si marqué, et dû à un centre d'irritation et de suppuration établi dans la continuité d'une membrane depuis si long-temps affectée, doit être pris en considération, non-seulement dans des cas semblables, mais encore toutes les fois qu'un organe interne malade offrira à l'extérieur quelques expansions ou dépendances, comme la vessie, l'utérus et le rectum. Je me réserve d'exposer plus tard mes idées à ce sujet. Je ne chercherai pas à expliquer l'influence qu'un séton à la vulve a pu exercer sur la station et la marche, dans cette maladie des voies urinaires. La concomitance d'une lésion des facultés locomotrices avec les phénomènes de la rétention d'urine, a fourni matière à réflexion à tous les médecins consultés, et nous avons peu d'exemples de maladies dans lesquelles on ait réuni un aussi grand nombre d'hommes, du mérite de ceux qui sont intervenus dans celle-ci. Aucun n'a fait part de ses conjectures.

C. A. MAISONABE.

TRAITÉ *des hernies, contenant la description anatomique et l'exposition des symptômes, de la marche et du traitement de ces maladies;* par GUILLAUME LAWRENCE, *F. R. S.*[1]. *Traduit de l'anglais sur la troisième édition,* par P. A. BÉCLARD *et* J. G. CLOQUET. Paris, 1818. Un vol. in-8°. de 585 pages.

Une des affections pathologiques les plus communes, une de celles qui obligent le plus fréquemment les malades de réclamer les secours de la chirurgie, c'est le déplacement des viscères abdominaux à travers les ouvertures naturelles ou accidentelles des parois du bas-ventre. Les divers modes de ce déplacement ont été étudiés par un grand nombre de chirurgiens célèbres, dont les travaux n'ont laissé que peu de chose à désirer sur la connaissance, soit des causes et du mécanisme de la formation des hernies, soit des dispositions anatomiques qui leur sont particulières, soit enfin des moyens les plus efficaces pour les contenir lorsqu'elles sont réductibles, ou pour remédier aux accidens qu'elles déterminent quelquefois. Indépendamment des ouvrages que Richter, Sandifort, Gimbernat, Sœmmerring, Camper, Cooper, Hesselbach, Scarpa et plusieurs autres, ont publiés chez l'étranger, nous devons aux chirurgiens de notre pays une foule de Mémoires académiques et de Dissertations spéciales sur les hernies. Presque tous les Traités complets de maladies ou d'opérations chirurgicales que nous ont donnés nos praticiens, contiennent aussi plusieurs chapitres, dans lesquels on peut puiser les connaissances les plus positives et les plus étendues sur ces affections. Pour composer un

---

[1] Il est fort singulier qu'on ait laissé dans une traduction française les initiales de trois mots anglais qui signifient : *membre de la Société royale.*

Traité complet et spécial sur ce sujet important, il suffisait donc de présenter l'ensemble de ces travaux, avec les modifications nombreuses que leur ont fait subir nos grands maîtres dans leurs savantes leçons ; et il était non-seulement inutile, mais encore peu rationnel, d'aller chez nos voisins chercher un ouvrage dont tant de circonstances favorables rendaient l'exécution facile aux chirurgiens français. Cependant M. Roux fit, en 1815, un voyage à Londres, et, après avoir attentivement observé l'état des différentes parties de l'art en Angleterre, rendit un compte très-avantageux du *Traité des Hernies*, publié par M. Lawrence en 1810. Il témoigna vivement le désir de le voir transporté dans notre langue, et c'est sur un exemplaire communiqué par lui, que MM. Béclard et Cloquet, avantageusement connus par plusieurs travaux sur l'anatomie chirurgicale, exécutèrent la traduction dont il s'agit ici.

Si je voulais me borner à rendre compte du livre que j'ai sous les yeux, j'en donnerais une idée générale, en indiquant les choses les plus saillantes que j'y aurais aperçues, je dirais un mot du style des traducteurs, et je croirais avoir rempli ma tâche. Mais le recueil auquel cette analyse est destinée devant servir de complément à un ouvrage immense, dans lequel les articles *hernie* [1], *bubonocèle* [2], *cysto-bubonocèle* [3], *cystocèle* [4], *exomphale* [5], etc., ont été consacrés à l'exposition, soit des généralités sur les hernies, soit des notions spécialement applicables à chacune des variétés de ces affections, c'est à ces travaux qu'il convient de rattacher celui-ci, et je dois me livrer à des considérations plus étendues sur les opinions de M. Lawrence, afin que le lecteur puisse juger si l'ouvrage de

---

[1] *Dictionnaire des Sciences médicales*, tom. XXI, pag. 126.

[2] *Id.*, tom. III, pag. 342.

[3] *Id.*, tom. VII, pag. 667.

[4] *Id.*, tom. VII, pag. 677.

[5] *Id.*, tom. XIV, pag. 206.

cet écrivain doit apporter quelques modifications à la doctrine exposée dans le Dictionaire.

Les hernies abdominales ont été classées, 1°. d'après les ouvertures à travers lesquelles elles se forment : ainsi on les a appelées *inguinales*, *crurales*, *vaginales*, *ventrales*, etc. ; 2°. d'après les organes contenus dans la tumeur : de là les noms d'*entérocèle*, d'*épiplocèle*, de *cystocèle*, etc. Après avoir indiqué ces divisions scolastiques et généralement connues, l'auteur essaye de déterminer les causes des hernies. Suivant lui, ces causes peuvent être rangées en deux classes : les unes augmentent la pression que les viscères exercent sur les parties molles qui les contiennent, et les autres diminuent la résistance que ces parties opposent au déplacement : celles-ci sont prédisposantes, celles-là sont occasionelles. Parmi les premières se rangent le vomissement, le saut, les efforts violens, etc., etc. Au nombre des secondes sont placées, la présence et la situation des ouvertures naturelles ou accidentelles qui affaiblissent les points correspondans des parois du bas-ventre. Au milieu de ces considérations fort justes sur le mécanisme de la formation des hernies, je trouve cette proposition qui paraîtra singulière : « L'accroissement général des parties contenues produit un relâchement général des parties contenantes, comme on le voit dans l'ascite, la tympanite ou la grossesse [1]. » Que le développement accidentel, dans la cavité abdominale, de collections aqueuses, ou du produit de la conception, en distendant outre mesure les parois de cette cavité, les affaiblisse, et prédispose ainsi aux hernies, la chose est incontestable ; mais on n'en peut pas conclure que l'*accroissement général des parties contenues*, qui n'a lieu que chez les individus dont l'embonpoint augmente,

---

[1] Page 18.

détermine un *relâchement général des parties contenantes*; car l'observation n'a pas prouvé que les sujets gras fussent, plus fréquemment que les maigres, affectés de hernies. Il semble, au contraire, que dans ce cas la force des parois augmente à raison du développement des organes.

Je ne suivrai pas M. Lawrence dans l'exposition des symptômes de la hernie réductible et de la hernie étranglée; ces symptômes se trouvent parfaitement décrits dans tous les ouvrages de chirurgie, et il n'ajoute absolument rien à ce que nous connaissons sur ce sujet.

Quelles sont les causes de l'étranglement des hernies? Ici l'écrivain anglais fait observer, avec raison, que l'idée d'une constriction exercée par l'ouverture aponévrotique sur les parties auxquelles elle livre passage, est entièrement inexacte, puisque cette ouverture est constamment dilatée par les viscères, sur lesquels elle ne réagit que par son élasticité. Dans la première édition de son ouvrage, M. Lawrence avait soutenu que le collet du sac était incapable d'occasioner l'étranglement des hernies. Cependant, de nouvelles observations étant venues l'éclairer, il admit la possibilité de ce fait, qui avait déjà été observé par Arnaud, Leblanc, Bell, Scarpa, etc., et que Pott, Wilmer, Sandifort et quelques autres chirurgiens recommandables, ont regardé comme plus fréquent dans la hernie inguinale congénitale que dans toutes les autres.

Indépendamment de cette disposition remarquable du sac herniaire, il en est d'autres que l'auteur anglais indique d'une manière trop superficielle, et qui sont néanmoins susceptibles de déterminer l'étranglement. Ainsi l'intestin peut passer à travers une ouverture du sac, déchiré par quelque violence extérieure, et se trouver étranglé dans cet endroit. Le prolongement péritonéal qui enveloppe la hernie, présente quelquefois plusieurs rétrécissemens qui partagent sa cavité en plusieurs loges,

et qui compriment les parties déplacées [1]. Dans des tumeurs herniaires très-anciennes, le sac envoie quelquefois des prolongemens irréguliers, soit au tissu cellulaire voisin, soit à la tunique vaginale, et les viscères peuvent encore être étranglés à l'orifice de l'un de ces appendices. L'épiploon, en se tortillant autour de l'intestin, ou bien en lui livrant passage à travers une déchirure, est aussi fréquemment la cause de l'étranglement. On a vu, dans ce dernier cas, des opérateurs inattentifs réduire la tumeur sans avoir détruit l'obstacle, et laisser périr les malades par la persistance de l'étranglement devenu *interne*. Ces faits ont engagé les praticiens judicieux à poser en principe la nécessité de ne jamais procéder à la réduction des parties qu'après les avoir complétement déployées, et avoir mis en évidence tout ce que la tumeur renferme. Il n'est aucune considération qui puisse engager le chirurgien à s'écarter de ce précepte important.

Depuis la publication du Mémoire de Goursaud, tous les chirurgiens se sont fait une idée exacte des deux espèces principales d'étranglement, que les auteurs anciens avaient déjà observées, mais dont ils n'avaient pas pénétré les causes. M. Lawrence ne fait ici que rappeler ce que ses prédécesseurs connaissaient déjà, et ce qui est devenu, pour ainsi dire, vulgaire depuis long-temps. Il examine ensuite de nouveau les moyens préconisés, à différentes époques, par le charlatanisme le plus déhonté et le plus barbare, pour *opérer* la cure radicale des hernies réductibles; et il prouve que tous sont aussi dangereux pour la vie du malade qu'inutiles pour la guérison. Les chirurgiens anglais auraient-ils donc encore besoin des solides argumens de leur compatriote, pour reconnaître

---

[1] La théorie de la formation de ces collets secondaires, exposée par Arnaud, l'a été aussi en divers endroits du *Dictionnaire*, et notamment à l'article *hernie*, t. XXI, p. 130.

16.

cette vérité? Quant à nous, la justesse des raisons qui établissent la supériorité du bandage élastique sur toutes ces méthodes également nuisibles, nous est si généralement sentie, qu'il serait inutile de les reproduire désormais en France.

Les traducteurs de l'ouvrage anglais n'ont pas jugé convenable d'y ajouter de notes ; cependant voici un cas où ils eussent pu le faire sans inconvénient : « MM. Gautier et Maget, dit l'auteur, sont les deux derniers qui aient employé cette méthode (celle de la cautérisation pour la guérison radicale de la maladie). Leur caustique était l'acide sulfurique. Le danger de ce traitement, et les raisons sans réplique contre son adoption, ont été habilement exposés par Bordenave. De trois malades qui furent les sujets d'une expérience dans un des hôpitaux de Paris, l'un mourut, l'autre éprouva une rechute, et le troisième guérit avec une tumeur du cordon spermatique. Les autres accidens de cette méthode étaient la perforation de l'intestin, et la gangrène du scrotum. On éprouve, en voyant se jouer ainsi de la vie des hommes, une profonde indignation, qui est encore aggravée en lisant le nom de La Condamine inscrit sur la liste des victimes de cette pernicieuse charlatanerie [1]. » La lecture de ce passage laisse dans l'esprit l'impression fâcheuse de voir l'Académie de Chirurgie applaudissant ou coopérant même à des expériences barbares ; il semble, d'après M. Lawrence, que La Condamine fut sacrifié au désir blâmable d'essayer une méthode que ses auteurs disaient nouvelle. Il eût été, je pense, convenable de montrer ici combien l'illustre Académie, dont les Mémoires formeront long-temps encore un recueil classique pour tous les chirurgiens de l'Europe, témoigna d'éloignement pour les tentatives que le charlatanisme proposait alors de tous côtés. On eût dû montrer que le célèbre membre de l'Académie des Sciences

---

[1] Pages 90 et 91.

fut victime, malgré ses amis, malgré les hommes de l'art les plus recommandables, de l'envie démesurée qu'il avait d'attacher son nom à une opération qu'il croyait utile à l'humanité, et à l'adoption de laquelle son exemple lui semblait devoir contribuer.

L'indication que présente toute hernie étranglée, est de soustraire la partie déplacée à la compression qu'elle éprouve : la destruction de l'étranglement, en faisant cesser la cause de tous les désordres, peut seule arrêter la marche rapide des accidens. Deux moyens sont mis en usage pour obtenir ce résultat : l'un est le taxis, que l'on favorise par la saignée, les applications froides ou émollientes, les bains, etc.; l'autre est l'opération proprement dite. On doit avoir recours au premier avec d'autant plus de circonspection, et s'y arrêter d'autant moins long-temps, que l'individu est plus jeune, plus vigoureux, et que les symptômes sont plus violens. Pott rapporte avoir vu un bubonocèle faire périr un malade en un seul jour. M. Astley Cooper vit la mort survenir huit heures après la formation de l'étranglement. Desault, à qui la chirurgie est redevable d'un si grand nombre d'améliorations pratiques, disait qu'il fallait toujours espérer d'une hernie à laquelle on n'avait pas touché. Il résulte actuellement de la pratique des chirurgiens les plus recommandables, que, sur un nombre donné de hernies, on compte beaucoup plus de succès en opérant avec promptitude, qu'en temporisant. Telle est aussi la doctrine que professe M. Lawrence.

L'auteur termine ici ce que l'on pourrait appeler la première partie de son ouvrage, celle qui a pour objet les généralités sur les hernies. Il passe ensuite aux détails relatifs à chaque espèce de ces affections, qu'il décrit très au long, tant sous le rapport anatomique que sous le rapport chirurgical. Nous allons examiner, en autant de paragraphes, ce qu'il dit des hernies inguinale, fémorale, ombilicale, ventrale, etc.

1°. *Hernie inguinale.* La description anatomique des hernies, et l'indication précise des changemens que leur présence détermine dans la disposition naturelle des parties, forment un des points les plus importans de l'histoire de ces affections. Connaître avec exactitude le nombre et l'aspect varié des différentes couches membraneuses ou cellulaires que doit diviser l'instrument tranchant avant de parvenir aux organes incarcérés; déterminer, d'après la situation de ceux-ci, la direction la plus favorable à donner au débridement, afin d'éviter les artères voisines : tels sont les résultats avantageux de cette étude, qui peut seule donner au chirurgien l'assurance indispensable pour pratiquer une opération aussi délicate. Ce que M. Lawrence dit de la disposition anatomique de la paroi abdominale antérieure, et spécialement de l'anneau sus-pubien, est loin d'avoir la clarté et la correction des belles descriptions de Scarpa. Le trajet de cette lame cellulo-fibreuse, située entre la face interne du muscle transverse et le péritoine; de cette lame que M. Astley Cooper a nommée *fascia transversalis*, et qui passe sur l'ouverture abdominale du canal inguinal, dont elle ferme en quelque sorte l'entrée aux viscères, est indiquée d'une manière tellement vague, que, dans plusieurs endroits, il m'a été impossible de conserver une idée exacte du trajet que lui assigne M. Lawrence. Les bornes de cet article ne me permettent pas de rapporter les preuves de cette assertion; il faudrait, pour cela, citer toute entière la première section du chapitre neuf.

La hernie inguinale elle-même est décrite avec plus de soin et d'exactitude. Les idées de Camper, d'Hesselbach et de Scarpa relativement aux hernies inguinales dites *internes* ou *externes*, suivant que le collet du sac herniaire est situé en dedans ou en dehors de l'artère épigastrique, sont adoptées par l'écrivain anglais, qui n'y ajoute absolument rien de particulier. Il décrit, d'après M. Astley Cooper, une variété de

la hernie inguinale, dans laquelle la tumeur est contenue encore dans le canal sus-pubien, et n'est point sortie par l'anneau. Cette hernie, que l'on pourrait appeler *hernie inguinale incomplète*, a quelquefois acquis un volume considérable, en s'étendant sous l'aponévrose du muscle grand oblique, sans faire de saillie à travers l'ouverture qui transmet au dehors le cordon testiculaire; mais comme elle peut d'ailleurs être *interne* ou *externe*, et que ses dispositions spéciales ne modifient pas le procédé opératoire d'une manière essentielle, il est inutile d'en faire, comme M. Lawrence, une espèce distincte des deux précédentes.

La partie du péritoine située au voisinage de l'anneau inguinal, n'est pas la seule qui se déplace, et qui se porte au dehors pour former le sac herniaire. Lorsque la tumeur devient très-volumineuse, il se fait un mouvement de locomotion dans des portions de la membrane séreuse, souvent très-éloignées de ce point, et qui se trouvent entraînées dans la hernie. C'est ainsi que l'on a vu le péritoine, qui tapisse le cœcum, le colon ascendant, ou l'*S* descendant de cet intestin, attiré dans la tumeur, y faire descendre avec lui ces organes, qui conservaient, avec la partie postérieure de la hernie, les mêmes rapports qu'avec les parois de l'abdomen. Cette théorie, que nous devons à Scarpa, est adoptée dans tous ses points par M. Lawrence. Elle a été exposée au mot *bubonocèle* du *Dictionaire*, par M. Cayol, qui, après nous avoir fait connaître l'ouvrage du professeur de Pavie par une traduction justement estimée, a profité de ce travail pour composer son excellent article.

Je ne m'arrêterai pas à l'énumération des symptômes qui caractérisent la hernie inguinale, et qui la distinguent des affections variées du testicule, de la tunique vaginale et du cordon spermatique. Tous les traités de chirurgie contiennent, sur cet objet, les détails que l'on retrouve dans l'ouvrage de M. Lawrence. Il est un cas plus rare dont cet

écrivain n'a pas fait mention : chez certains sujets très-irritables, les sympathies qui unissent les voies urinaires, et surtout le rein, à l'appareil digestif, se trouvant exagérées par l'irritation du premier de ces organes, on a vu survenir des douleurs vives dans l'abdomen, des vomissemens répétés, et d'autres accidens qui indiquaient une lésion considérable du canal digestif; et la permanence de ces symptômes, jointe à la présence d'une hernie irréductible, en a quelquefois imposé pour un étranglement.

Une méprise, dans cette circonstance, ne pourrait avoir pour résultat fâcheux que la pratique inutile d'une opération grave; les observations suivantes ont pour objet des cas où la vie des individus dépendait évidemment, et de la manière la plus directe, de la détermination du praticien.

Un homme portait deux hernies; il est pris subitement de douleurs vives, avec tension et météorisme de l'abdomen; des vomissemens opiniâtres et une constipation permanente se manifestent; les tumeurs deviennent douloureuses : un chirurgien est alors appelé, et, par des efforts modérés de réduction, parvient à les faire rentrer toutes deux dans la cavité abdominale. Cependant les accidens persistent; les signes d'un obstacle au cours des matières fécales sont de plus en plus évidens; le malade est alors transporté dans l'un des premiers hôpitaux de Paris. On mit en usage, mais sans succès, tous les moyens indiqués pour faire sortir de nouveau les tumeurs herniaires; et bientôt il fut reconnu que l'opération pouvait seule sauver les jours du sujet. Mais de quel côté devait-on opérer? Le cas était d'autant plus embarrassant, que la douleur n'était pas plus manifeste d'un côté que de l'autre, et que la pression elle-même ne la développait pas. Dans cette incertitude, on met à nu l'un des deux anneaux sus-pubiens; le doigt, porté dans la cavité abdominale, ne découvre, au voisinage de l'orifice supérieur du canal inguinal, aucune tumeur qui pût y indiquer la présence de la hernie. Il

devient alors évident que l'opération est tombée sur le côté sain. On la réitère du côté opposé, et on découvre facilement, derrière l'anneau inguinal, une tumeur arrondie, qu'on attire au dehors, et qui n'est autre chose que la hernie elle-même contenue dans son enveloppe péritonéale, et étranglée par le collet du sac. On ouvre celui-ci, on débride, on réduit les parties; et le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Dupuytren, sauve ainsi les jours d'un malheureux qui eût évidemment péri, sans une opération aussi hardie que parfaitement indiquée. Il y a très-peu de temps qu'une observation semblable, mais dont l'issue fut moins heureuse, s'est présentée de nouveau. Un homme portant une hernie inguinale peu volumineuse, est pris de douleurs vives dans l'abdomen, de hoquets, de nausées et de vomissemens. Il exerce alors des efforts de réduction sur la tumeur, et la fait rentrer; ce qui n'apporte aucun soulagement à son état. Les accidens augmentent d'intensité, mais la nature du mal ne paraît pas assez évidente au chirurgien qui le voit à cette époque; on temporise, et après cinq à six jours d'hésitation le malade périt. A l'ouverture du corps, on découvrit, derrière l'anneau inguinal droit, une tumeur formée par une anse d'intestin grêle qu'étranglait le collet du sac herniaire. Comme dans tous les cas de cette espèce, une entérite considérable, avec dilatation énorme de la partie du canal intestinal située au-dessus de l'étranglement, attestait, sur le cadavre, la cause de la mort du sujet.

Quels indices indiqueront alors positivement la nécessité d'une opération dont le non-succès peut compromettre, aux yeux de l'ignorance, la réputation du chirurgien? Ce sont les circonstances commémoratives et la nature des matières vomies qui doivent les fournir. Ces dernières, composées d'abord de substances alimentaires, puis de matières muqueuses et bilieuses, prennent-elles enfin une couleur jaunâtre; sont-elles liquides, entremêlées de parties non décomposées d'alimens;

et leur odeur plus ou moins fétide indique-t-elle leur nature stercorale, il n'est plus douteux qu'il n'existe un obstacle permanent au cours des matières contenues dans le canal digestif. Alors, l'absence d'une tumeur herniaire, précédemment réduite avec plus ou moins de difficulté, rendra la nature de cet obstacle assez manifeste pour autoriser l'opération.

Je me suis peut-être étendu sur cet objet un peu plus que ne le comportait une simple analyse; mais le Traité de M. Lawrence étant destiné à servir de guide aux élèves, j'ai dû le faire pour combattre une grave erreur qui s'y trouve consignée. Cet auteur pense, en effet, que la face externe du sac herniaire contracte, bientôt après sa sortie, de telles adhérences avec les parties extérieures, qu'il est excessivement difficile de le faire rentrer, après un temps même très-court (p. 8). La réduction dite en masse des hernies, observée par Ledran, La Faye, Arnaud, Richter et plusieurs autres chirurgiens, lui semble presque impossible. « Au reste, dit-il, ce cas doit être tellement rare, qu'il ne mérite point de trouver place dans l'histoire générale de la maladie (p. 130). » Il me semble, au contraire, résulter de l'expérience des hommes les plus recommandables, que ce cas, loin d'être aussi rare que le pense M. Lawrence, est assez commun pour attirer toute l'attention des praticiens, et pour rendre plus circonspect ceux d'entre eux qui se permettent encore des tentatives immodérées de taxis. Jusqu'à quand, d'ailleurs, des lieux communs seront-ils répétés par les auteurs, tandis qu'on dédaigne les cas moins ordinaires, qui étonnent presque toujours les chirurgiens, et qui compromettent l'existence des malades?

Après avoir indiqué les différentes parties de l'opération que nécessite la hernie inguinale étranglée, M. Lawrence établit, d'après Rougemont, Cooper et Scarpa, que constamment l'incision de l'ouverture aponévrotique doit être faite

dans une direction parallèle à celle de la ligne médiane, afin d'éviter sûrement, et dans tous les cas, l'artère épigastrique. Il pense cependant que la lésion de ce vaisseau n'est pas toujours suivie d'une hémorragie mortelle, et il cite l'observation suivante à l'appui de son assertion : Un homme avait une hernie inguinale étranglée, et du volume d'un œuf de pigeon : on opère. L'étranglement avait lieu à la partie supérieure du canal inguinal : pour le détruire, on divisa l'aponévrose du muscle oblique externe, en haut et en dehors, dans l'étendue de deux pouces ; alors le bistouri, porté jusqu'au siége de l'étranglement, coupa de nouveau cette aponévrose, en haut et en dedans, dans l'espace de trois quarts de pouce. « La dernière incision, qui avait compris le bord inférieur de l'oblique interne et du transverse, avait complétement divisé l'artère épigastrique à trois quarts de pouce de son origine » (p. 231 et 232). La constriction intestinale ayant été entretenue par une bride intérieure qui avait échappé à l'instrument, le malade succomba ; mais, dit l'auteur, on ne trouva pas, sur le cadavre, de trace d'hémorragie. Il est évident que si un chirurgien parfaitement instruit des dispositions anatomiques de la hernie inguinale, voulait absolument diviser l'artère épigastrique pendant l'opération, il lui serait impossible, pour atteindre ce but, de s'y prendre avec plus d'adresse et de dextérité que l'opérateur anglais.

Convient-il toujours d'ouvrir la tumeur herniaire dans toute son étendue, avant de procéder au débridement? L'expérience et le raisonnement servent ici à M. Lawrence pour prouver que les hernies anciennes, très-volumineuses et depuis long-temps irréductibles, ne doivent pas être opérées suivant la méthode ordinaire, qui aurait l'inconvénient de mettre à découvert une masse considérable de viscères, dont l'inflammation ferait courir au malade les dangers les plus grands. Il faut alors pratiquer, à la partie supérieure de la tumeur, une

incision longue de trois à quatre pouces, découvrir l'anneau, ouvrir la partie voisine du sac, et débrider. On fait ensuite rentrer la plus grande partie possible des viscères, et l'on rapproche les lèvres de la plaie avec des emplâtres agglutinatifs. M. Cooper cite plusieurs observations des succès heureux de cette conduite rationnelle chez des individus âgés.

Après l'ouverture du sac herniaire et la destruction de l'étranglement, la conduite du chirurgien doit varier, suivant l'état dans lequel se trouvent les parties. Ainsi, l'intestin est-il gangréné, on doit l'ouvrir et donner issue aux matières fécales; n'est-il, au contraire, que vivement enflammé, on doit le faire rentrer sans délai dans l'intérieur de l'abdomen. Cependant, dans le cas où l'on n'aperçoit sur l'anse intestinale que de très-petites taches gangréneuses, quel est de ces deux partis, le plus avantageux au malade? M. Lawrence croit qu'il faut procéder immédiatement à la réduction, et qu'il est inutile de passer un fil dans le mésentère, pour maintenir l'intestin près de la plaie. Il fonde son opinion sur des faits qui prouvent que constamment une inflammation adhésive unit l'anse intestinale au voisinage de l'ouverture sus-pubienne, et ne lui permet pas de s'en éloigner : alors, suivant lui, ou les adhérences s'opposent à toute issue des matières fécales hors du tube digestif, ou elles les empêchent de s'épancher dans la cavité du péritoine, et les dirigent vers la plaie. Cette doctrine me semble vicieuse. En effet, de ce que La Faye a vu, dans les cas où l'intestin violemment enflammé se gangrène après sa réduction, des adhérences, établies entre lui et la membrane séreuse, diriger les matières au dehors, on ne doit pas conclure qu'il faille repousser dans le bas-ventre un intestin déjà frappé de gangrène. Dans ce cas, ainsi que le fait observer M. Cayol, la tension et l'affaiblissement du canal peuvent être telles, qu'il y survienne, avant l'établissement des adhérences, une déchirure qui en-

traînerait inévitablement la mort du sujet. En s'abstenant de réduire un intestin gangréné dans une petite étendue, et en l'ouvrant pour donner issue aux matières, on peut, il est vrai, rendre plus tardive la guérison du malade, mais jamais cette conduite ne compromet son existence. Or, c'est ce que l'on fit évidemment dans le cas suivant : « L'anneau qui formait, dit M. Lawrence, un étranglement très-serré, avait fait une impression manifeste sur le canal, *et il y avait, à cet endroit, un petit trou par lequel passaient les matières alimentaires.* Le côté postérieur de l'intestin *présentait une grande tache manifestement gangréneuse, et une petite portion de la convexité de l'anse paraissait dans le même état.* (p. 303.) » On réduisit l'intestin : au bout de trois ou quatre jours, la totalité des matières stercorales passait par la plaie; trois semaines après, il en passa une petite quantité par l'anus; et, depuis cette époque, la guérison se fit peu attendre. Tout chirurgien éclairé doit féliciter, dans ce cas, le malade d'être échappé à une pratique aussi peu rationnelle ; mais citer une telle conduite comme un exemple à suivre, c'est, il faut le dire, le comble de la déraison.

Les considérations de M. Lawrence sur les anus contre nature ne nous apprennent absolument rien sur cet objet important qui ne fût déjà consigné dans tous les ouvrages de chirurgie, et notamment dans celui de Desault. Il devient de jour en jour plus nécessaire que M. Dupuytren, qui possède des matériaux précieux sur les moyens de remédier à cette dégoûtante infirmité, communique lui-même aux praticiens les fruits de ses recherches et d'une expérience dont M. Richerand a déjà indiqué les résultats heureux [1].

2°. *Hernie fémorale.* C'est moins dans les livres que sur le cadavre qu'il faut étudier l'anatomie, et jamais la lecture ne

---

[1] *Dictionaire des Sciences médicales*, tom. XXI, pag. 161.

peut dispenser de l'examen attentif des parties. M. Lawrence paraît pénétré de la vérité de ces assertions, car il ne me semble pas que la manière dont il décrit l'ouverture par laquelle les vaisseaux fémoraux sont transmis à la cuisse, ait le fâcheux effet de faire négliger les dissections ; je doute même que sa description puisse servir à les diriger. Entre mille propositions qui pourraient servir de preuve à ce que j'avance, je ne citerai que la suivante : « M. Cooper est entré dans les plus grands détails sur l'anatomie de l'arcade crurale dans l'état sain et dans le cas de hernie. Selon lui, les viscères contenus dans la hernie crurale sont d'abord poussés dans la gaine qui entoure les vaisseaux fémoraux, et s'en échappent ensuite par les ouvertures destinées au passage des vaisseaux lymphatiques de l'extrémité inférieure. Il s'ensuit, de là, que le siége le plus fréquent de l'étranglement est au contour de cette ouverture aponévrotique. (p. 406.) » La conséquence me semble digne des prémisses.

De toutes les hernies qui peuvent se former à travers les ouvertures naturelles des parois de l'abdomen, la hernie fémorale est celle qui a été le plus fréquemment méconnue : on l'a confondue avec des abcès par congestion, avec des varices considérables de la veine fémorale, avec des engorgemens inflammatoires des glandes inguinales ; et ces méprises, dont J.-L. Petit, MM. Else, Cooper et Lawrence citent des exemples, ont été plus d'une fois funestes aux malades. Souvent des chirurgiens peu exercés n'osèrent pas, dans ces cas douteux, pratiquer une opération qu'ils croyaient inutile au sujet et nuisible à leur réputation. C'est alors que les signes commémoratifs de la maladie, que les symptômes pathognomoniques de l'obstacle permanent apporté au cours des matières fécales, pourront éclairer le praticien habile, et que celui-ci devra se rappeler que sa réputation n'est rien, comparée à la vie d'un homme.

L'opération de la hernie fémorale est une des plus délicates de la chirurgie, parce que le collet du sac herniaire, placé constamment, lorsque les parties ont leur disposition naturelle, au côté interne de l'artère épigastrique, est entouré de tous côtés par des organes qu'il importe de ménager. Toutefois, en considérant les divers points de la circonférence de l'anneau crural qui peuvent être entamés, M. Lawrence adopte, pour débrider cette ouverture, le procédé dont Gimbernat a le premier démontré les avantages. Il incise, ainsi que la plupart des chirurgiens anglais, le bord mince et tranchant de la lame fibreuse qui fixe la partie interne de l'arcade crurale au pubis, et qui est connue sous le nom de *ligament de Gimbernat*.

3°. *Hernie ombilicale*. La hernie ombilicale, ordinairement formée par l'épiploon et par l'intestin réunis, est plus fréquente chez les enfans que chez les adultes; et, parmi ces derniers, les femmes y sont plus exposées que les hommes. M. Lawrence examine cette tumeur, lorsqu'elle est congénitale, lorsqu'elle survient après la naissance sur de très-jeunes sujets, et enfin lorsqu'elle se forme chez les adultes. Il faut, dans la première circonstance, apporter la plus grande attention à ne pratiquer la ligature du cordon qu'après avoir fait rentrer les parties. Sabatier a vu, dans un cas de cette espèce, l'intestin embrassé par le fil occasioner tous les accidens de l'étranglement, et même la mort. Un bandage circulaire, soutenant des compresses graduées placées sur l'ombilic, suffit, après la réduction des parties, pour empêcher qu'elles ne sortent de nouveau, et pour procurer la guérison radicale de la maladie. Ce moyen, qui doit être proposé dans le cas où l'affection survient pendant le premier ou le second mois de la naissance, semble plus convenable que la ligature mise en usage avec succès par Desault; et, dans toutes les circonstances, après que cette ligature a été pratiquée, il peut être employé pour en favoriser l'action. Un bandage élastique,

propre à contenir la tumeur lorsqu'elle est réductible, ou une opération qui est presque toujours exempte du danger de léser des parties importantes : tels sont les moyens que propose l'auteur pour guérir la hernie ombilicale chez les adultes,

4°. *Hernie inguinale congénitale.* M. Lawrence eût dû faire de ce chapitre une section de celui dans lequel il traite de la hernie inguinale proprement dite. Comme la présence des organes dans la tunique vaginale du testicule ne modifie pas essentiellement, soit les moyens à employer pour contenir la hernie, soit l'opération que nécessite son étranglement, je ne suivrai pas cet écrivain dans ses recherches sur les opinions de ceux qui ont parlé les premiers de cette affection.

Je termine ici l'analyse de l'ouvrage de M. Lawrence. Ce Traité contient encore plusieurs chapitres destinés aux *hernies ventrales*; aux *hernies de la vessie*; aux *hernies périnéales*, *vaginales*, *sous-pubiennes*, *ischiatiques*, *diaphragmatiques*; mais ces affections étant très-rares, et le livre du praticien anglais ne contenant sur elles que des faits rapportés déjà par d'autres auteurs, et privés de toute induction pratique nouvelle, je n'ai pas cru devoir m'en occuper.

En portant un jugement général sur le Traité que je viens de parcourir, il convient d'examiner séparément ce qui appartient à l'auteur, et la part qui doit être attribuée aux traducteurs dans la louange ou dans le blâme qu'il peut mériter.

Considéré sous le rapport scientifique, l'ouvrage de M. Lawrence a été composé dans un bon esprit : il contient un grand nombre de faits intéressans, puisés dans la pratique des meilleurs chirurgiens modernes; mais l'auteur manquait lui-même de l'expérience, qui peut seule présenter au praticien cette multitude de cas particuliers dans lesquels il est obligé de modifier, à chaque instant, les règles générales. Il

tait inutile de publier actuellement un ouvrage qui retraçât
e que vingt autres avaient dit sur les hernies, si l'on vou-
ait le faire sans y rien ajouter. En un mot, le livre de
M. Lawrence est une compilation, bien faite à la vérité, mais
qui n'a que le mérite attaché à ces sortes de compositions,
dont les avantages ne sont réels que quand elles paraissent de
loin en loin seulement.

Avions-nous spécialement besoin d'un tel ouvrage en France?
Je pense que, dans le cas même où l'on répondrait à cette ques-
tion par l'affirmative, le Traité de M. Lawrence serait pour
nous d'une très-faible utilité : il contient, en effet, peu de
choses remarquables et importantes qui ne soient déjà consi-
gnées dans celui de Scarpa ou dans les écrits des chirurgiens
français, et il ne peut, sous aucun rapport, dispenser de lire le
Traité vraiment original de l'illustre professeur de Pavie. C'é-
tait de l'un des grands maîtres qui professent la chirurgie avec
tant d'éclat à la Faculté de Paris, que nous devions attendre un
Traité complet des hernies; alors nous eussions trouvé réunis,
à une érudition solide, les résultats d'une pratique toujours
rationnelle : un véritable praticien peut seul composer un bon
ouvrage sur un sujet que l'expérience seule peut éclairer.

A la première faute d'avoir traduit un livre qui n'en
méritait pas la peine, MM. Béclard et Cloquet ont ajouté
celle de n'y pas joindre de notes. Je ne pense pas qu'après
avoir dit tout le bien possible du livre anglais, ils aient
dédaigné, par une singulière contradiction, d'unir les ré-
sultats de leurs travaux à ceux de M. Lawrence; et s'ils ont
voulu garder en réserve, comme ils le disent positivement [1],
des matériaux qu'ils destinent à un ouvrage séparé, indépen-
damment de ce qu'une telle réticence peut avoir de blâmable,

[1] Préface des traducteurs, pag. ix et x.

pourquoi présenter alors comme complet un Traité qui leur paraissait à eux-mêmes ne pas renfermer toutes les connaissances acquises sur les lésions qui en sont l'objet? S'ils ne voulaient pas y ajouter de nouvelles observations et de nouveaux faits, quelle raison les empêcha d'y insérer des remarques critiques? l'ouvrage en avait certainement besoin, et ils eussent pu le faire, dans un grand nombre d'occasions, sans anticiper sur leurs productions futures. En voici un exemple entre mille : « Si l'on emploie les nouveaux termes du docteur Barclay, dit M. Lawrence, le sommet de l'anneau est *atlanto-latéral*; la base, *sacro-médiale*; le côté interne est *médial*, et l'externe, *latéral*; les extrémités *atlantales* de ces deux côtés sont *latérales*, et leur extrémité *sacrale* est *médiale*. (p. 165.) ». N'eût-il pas été convenable de montrer combien un tel jargon est ridicule, puisque la situation des parties étant toujours relative à d'autres parties, le mot *médial*, aussi bien que le mot *interne*, ne signifient rien, qu'autant que l'on indique par rapport à quoi telle partie est *interne* ou *médiale*.

Quant à la manière dont la traduction française est écrite, le style en est tellement négligé, les descriptions y sont en général si vagues et si incorrectes, que, si les noms de MM. Béclard et Cloquet ne se lisaient pas sur le titre du livre, on ne croirait jamais qu'elle a pour auteurs deux chirurgiens aussi distingués. Ainsi, l'on trouve que, dans une opération de hernie inguinale, *la grande constriction de la stricture* rendit la division du tendon un peu difficile (p. 64); et plus loin, que, dans la hernie fémorale, *les viscères descendent par-dessus les pubis* (p. 402).

Par indulgence, je n'accumulerai pas les citations; je terminerai ici l'analyse d'un livre dont j'aurais désiré pouvoir dire plus de bien, mais qui est, en dernier résultat, fort éloigné de remplir le vide que laisse, dans notre littérature chi-

rurgicale, l'absence d'un Traité véritablement complet des hernies.

L. J. BÉGIN.

MÉMOIRE *sur l'histoire du développement du cœur et des poumons dans les mammifères*, par JEAN-FRÉDÉRIC MECKEL. [1].

On s'est beaucoup occupé de l'histoire du développement du cœur dans les mammifères, à cause des différences remarquables que la communication entre les deux ventricules présente chez le fœtus, même parvenu au terme de sa maturité ; on a aussi étudié les particularités les plus importantes de la structure de cet organe aux diverses époques de la vie : cependant, d'un côté, les opinions sont partagées sur plusieurs points, et, de l'autre, les formes primitives du cœur ne sont point généralement connues. J'ai donc cru qu'il n'était pas hors de propos d'examiner encore le cœur dans l'embryon humain, à dater du moment où il devient visible; et de remplir, par des descriptions et des figures exactes, les vides laissés par mes prédécesseurs. Il m'a semblé convenable aussi de joindre à ce travail les résultats de mes recherches sur le cœur des mammifères, attendu qu'elles confirment ce qu'on sait de la formation du viscère dans l'homme, et qu'elles fournissent en outre quelques inductions intéressantes.

L'histoire du développement de l'organe respiratoire des mammifères est encore bien moins avancée que celle du cœur. Nous n'avons même, au sujet des premiers temps de la formation du poumon, que les observations de Haller sur le

---

[1] Supplément à l'article *cœur* dans le *Dictionaire des Sciences médicales*, t. V, p. 417.

poulet. J'ai rassemblé, à cet égard, divers faits entièrement nouveaux : je ne doute nullement que le temps n'en fasse découvrir d'autres ; mais il ne faut pas perdre de vue que l'*organogénie* est la branche la plus difficile de l'anatomie, celle qui exige les connaissances les plus variées et l'attention la mieux soutenue : sans ces deux qualités, on est exposé à des erreurs dans lesquelles on persiste avec d'autant plus d'opiniâtreté, qu'on les a commises plus facilement.

Je décrirai d'abord une série d'embryons humains, puis j'exposerai la structure du fœtus de quelques mammifères, et je terminerai par indiquer les résultats qui découlent de cette masse de faits.

§. I. *Embryons humains.* — Pl. I, fig. 1. Dans un embryon d'environ quatre semaines, et long de cinq lignes, le cœur remplit toute la poitrine ; il forme une masse presque complétement carrée, qui a une ligne et un quart de large, sur une de hauteur, et dont les oreillettes constituent la plus grande partie. Celles-ci dépassent les ventricules d'un tiers de leur propre hauteur, et descendent presque aussi bas qu'eux. Elles sont plus larges en haut qu'en bas, sans aucune découpure, et placées des deux côtés, le long de l'aorte, qu'elles accompagnent jusqu'à sa division. La droite est un peu plus grande que la gauche. La portion artérieuse du cœur a la forme d'un carré arrondi. On aperçoit déjà, à l'extérieur, une distinction, très-peu marquée il est vrai, entre les deux ventricules ; car, des deux bords, qui sont très-courbés, le droit, bien plus prolongé en haut que le gauche, rentre légèrement en dedans vers son extrémité inférieure. Au contraire, le gauche est uniformément courbé dans toute son étendue. Ce sillon semble indiquer la limite entre les deux ventricules, et c'est probablement le point où se termine le ventricule droit, simplement appliqué contre le gauche. Ce dernier est bien plus grand que l'autre ; on ne s'en aperçoit cependant qu'à sa

largeur plus considérable, car, s'il descend plus bas, en revanche il monte beaucoup moins haut.

Le cœur est absolument perpendiculaire et symétrique. Sa portion artérieuse se trouve, à la vérité, située de manière qu'une partie du ventricule gauche empiète sur la moitié droite du corps, mais les oreillettes s'étendent de chaque côté à une égale distance de la ligne médiane.

L'aorte naît de la partie supérieure du cœur, et s'élève en ligne droite : au moins paraît-elle n'être que très-légèrement déjetée *à gauche* par l'oreillette droite, de sorte qu'elle affecte alors une direction tout à fait opposée à celle qu'elle aura par la suite. Elle se bifurque vis-à-vis de l'extrémité supérieure des oreillettes, sous la base de la face, car il n'y a point encore de col. Je n'ai pu distinguer que deux branches, lesquelles, convexes en haut et concaves en bas, se portaient de chaque côté en longeant le bord supérieur des oreillettes. Il m'a été impossible de découvrir aucune trace de l'artère et de la veine pulmonaires. Les poumons manquaient aussi tout à fait.

Pl. I, fig. 2. Dans un second embryon un peu plus âgé, et long de six lignes, le cœur occupait toute la poitrine. L'oreillette droite en formait la partie la plus considérable : aussi large que le restant de l'organe, elle le débordait encore de beaucoup vers le haut, et remplissait presque tout le côté droit de la cavité thorachique. Le restant du cœur occupait l'autre côté de la poitrine, qui n'était pas sensiblement plus grand. La portion artérieuse était située perpendiculairement, large, plate, alongée et arrondie, de sorte qu'elle offrait bien plus de largeur que de longueur. La pointe du cœur n'existait proprement point ; il y avait seulement un bord inférieur, peu marqué, et aussi large que le supérieur. De toute la moitié droite du bord supérieur sortait une artère unique et simple, mais d'un volume très-considérable, à côté de laquelle la fin de l'oreillette gauche, petite et arrondie, faisait saillie au-

dessus de la moitié gauche du bord supérieur du ventricule, tellement que le tronc artériel restait entièrement à découvert. Les oreillettes se trouvaient tout à fait *derrière* les ventricules.

La portion artérieuse du cœur était manifestement divisée en deux ventricules; mais la cloison était incomplète, car, vers son extrémité supérieure, elle présentait de chaque côté un enfoncement profond, qui, réuni à l'autre, donnait naissance à une ouverture, dont on n'apercevait aucune trace dans le restant de l'étendue de la cloison.

Les parois des ventricules étaient infiniment plus épaisses que celles des oreillettes.

Dans la cloison des oreillettes se voyait un très-grand trou ovale, par le moyen duquel les deux poches communiquaient ensemble, et qui n'était point garni de valvule : de sorte qu'il n'existait encore ni valvule d'Eustache, ni valvule du trou ovale, et que les deux oreillettes n'en formaient réellement qu'une seule partagée en deux loges, l'une droite, très-volumineuse, l'autre gauche, proportionnellement très-petite, et paraissant n'être qu'un prolongement du sommet de la première. A la partie supérieure de l'oreillette droite s'ouvrait, en arrière, la veine-cave supérieure droite, n'ayant aucune communication immédiate avec l'inférieure. Celle-ci se vidait toute entière dans la petite oreillette gauche, et recevait, avant de s'y rendre, un gros vaisseau provenant d'en haut, la veine-cave supérieure gauche, laquelle ne communiquait point avec la droite, devant le tronc artériel, ou ne le faisait que par des anastomoses imperceptibles. Le sang de ces deux veines arrivait donc immédiatement dans la division gauche; mais, à cause de la libre communication entre celle-ci et la droite, lorsqu'elle était pleine, le sang passait aussitôt du côté droit. Ce n'était pas à l'œil nu seulement que le tronc artériel paraissait simple : des tranches transversales très-minces, placées sous le microscope, ne laissaient apercevoir

qu'une ouverture unique, mais tournée un peu plus à droite qu'à gauche. Il n'y avait point encore de traces des poumons.

Pl. I, fig. 3 et 4. Les changemens survenus dans un fœtus de cinq semaines, et long de sept lignes, sont assez importans, mais ne paraissent pas tous constans, si l'on en juge d'après les embryons plus avancés. Le cœur remplit encore la poitrine toute entière. La masse carrée-arrondie qu'il forme a un peu plus d'une ligne et demie de largeur, mais n'en a guère plus d'une de hauteur. De toutes les parties l'oreillette droite est la plus volumineuse : elle occupe toute la portion droite de la poitrine, et forme au-delà de la moitié de la masse du cœur entier. Elle est arrondie, et ne présente pas la moindre bosselure. La gauche est bien plus petite : on n'en aperçoit que la partie supérieure. Les ventricules ressemblent beaucoup à ceux du premier embryon, mais sont proportionnellement plus volumineux, et surtout plus élevés. De leur partie supérieure naît, à droite, une seule artère, l'aorte : on ne voit point non plus ici d'artère pulmonaire. La cloison des ventricules est très-évidemment percée d'une grande ouverture à bords lisses, qui occupe la majeure partie de son étendue, mais qui se rapproche toutefois davantage de son sommet.

Sous le cœur, et de côté, on découvre, dans la partie la plus inférieure de la poitrine, un petit corps plat, triangulaire et blanchâtre, qui est le poumon. Ce corps présente, à sa face antérieure, de légères bosselures, séparées par des sillons peu prononcés, et qui sont peut-être inconstantes : on y remarque aussi une échancrure profonde, dans l'endroit où les bords supérieur et inférieur se confondent en dehors.

Pl. I, fig. 5. Les choses sont à peu près les mêmes dans un embryon long de sept lignes et demie : seulement la portion artérieuse du cœur a pris plus de développement, puisque le ventricule droit est devenu plus long et plus large : il résulte de là qu'elle paraît plus large, et, relativement à la vei-

neuse, plus vaste qu'auparavant. La pointe du cœur commence à se bifurquer, car l'échancrure qui, dans le cœur des embryons plus jeunes, séparait la petite partie inférieure du bord droit des ventricules de la grande partie inférieure, et qui indique toujours la fin du ventricule droit, a acquis plus de profondeur. La pointe droite ou supérieure est cependant encore plus émoussée que la gauche. Les deux oreillettes n'en font réellement qu'une : la gauche n'est qu'un appendice très-peu considérable de la droite. Le trou rond occupe presque toute la hauteur de l'oreillette gauche : on n'y voit de valvule ni à droite, ni à gauche. La veine-cave supérieure droite est la seule qui s'ouvre immédiatement dans l'oreillette droite : la veine-cave inférieure s'abouche dans la gauche. Le ventricule droit est presque entièrement solide : immédiatement au-dessus de son orifice veineuse, on aperçoit une ouverture dans la cloison, sur le côté gauche de laquelle cette ouverture se voit aussi, quoique d'une manière moins évidente. Le tronc artériel, simple, sort des deux ventricules.

Le volume relatif du cœur est moins considérable dans cet embryon et le précédent que dans le premier, parce que l'organe n'a pas pris d'accroissement bien sensible.

Immédiatement au-dessous du cœur, et de chaque côté de l'aorte, se trouve le poumon, masse triangulaire, alongée, aplatie, longue d'une ligne, et large à peine d'une demie : les grandes divisions y sont déjà plus apparentes, et la séparation des deux lobes, supérieur et inférieur, est marquée par une échancrure très-profonde.

Pl. I, fig. 6. Dans un embryon de six semaines, long de huit lignes, le développement du cœur est avancé dans la même proportion que celui du corps.

La portion artérieuse est devenue très-grosse relativement à la veineuse, quoique celle-ci la surpasse encore un peu en volume. D'ailleurs, le ventricule droit a pris beaucoup d'ac-

croissement : sa pointe arrondie descend aussi bas que celle du gauche, de sorte qu'alors le bord droit du cœur ne présente qu'une courbure simple, et que l'échancrure indiquant les limites des deux ventricules, existe au milieu du bord inférieur. Le ventricule droit paraît maintenant plus long que le gauche, parce qu'il monte plus haut et descend aussi bas. Le cœur est situé perpendiculairement. L'oreillette droite a beaucoup plus de volume que la gauche, laquelle est cachée en partie derrière le ventricule, pendant que l'autre est presque libre à la droite de la partie artérieuse du cœur.

En ouvrant les deux ventricules, on remarque déjà une différence notable dans l'épaisseur de leurs parois et la capacité de leur cavité. Le droit a des parois plus minces, et il est plus large que le gauche, malgré que la disposition contraire s'observe dans les fœtus plus avancés.

A l'extrémité supérieure du ventricule droit se trouve une petite ouverture arrondie : elle conduit dans l'oreillette droite ; mais on en remarque, à la même place, une autre qui traverse la cloison, et qui fait communiquer les deux ventricules immédiatement au-dessous de l'origine du gros tronc artériel.

Pl. I, fig. 7-11. Dans un sixième embryon, de neuf lignes de long, la structure du cœur présentait peu de différences. Le tout formait une masse large de près de deux lignes, mais dont la hauteur n'était pas partout la même, l'oreillette droite ayant près de deux lignes, tandis que le ventricule n'en avait qu'une. L'oreillette droite formait la plus grande partie du cœur ; elle dépassait la portion artérieuse en haut et en bas, et se rabattait sur elle par devant et par derrière, de telle sorte qu'elle la cachait dans sa moitié droite. Au contraire, l'oreillette gauche, extrêmement petite, semblait ne former qu'un appendice situé au-dessus du ventricule gauche, à côté de l'aorte, et ne descendait pas, à beaucoup près, aussi bas que le ventricule. Les ventricules constituaient deux sacs oblongs,

séparés par un sillon profond, et situés l'un à côté de l'autre. Le droit était plus grand que le gauche. Une longue échancrure les séparait à la pointe, qui était mousse. La veine-cave inférieure s'ouvrait dans la portion inférieure gauche de l'oreillette droite. Là aussi s'abouchait la veine sous-clavière gauche, qui descendait le long de l'oreillette gauche, et se jetait, de bas en haut, immédiatement dans la droite, sans se réunir en un seul tronc avec celle du côté droit.

Il n'existait en apparence qu'un seul tronc artériel, l'aorte, laquelle semblait naître de la partie supérieure du ventricule droit, et dont la crosse fournissait les branches ordinaires. Mais, en coupant transversalement cette artère, on voyait clairement, *vers la partie inférieure*, sa cavité divisée en deux moitiés par une cloison dirigée d'avant en arrière. Cette disposition indiquait l'artère pulmonaire, qui se montrait ici pour la première fois, et devait naissance à ce qu'il s'élevait de la surface du cœur une cloison dans l'intérieur du vaisseau jusqu'alors simple. A l'endroit où cette cloison s'arrêtait, les deux vaisseaux se confondaient ensemble, et il paraît que c'est là qu'existe, par la suite, l'abouchement du canal artériel dans l'aorte.

Les poumons, blanchâtres, triangulaires, alongés et plats, étaient situés en grande partie sous le cœur, derrière lequel on n'apercevait qu'une très-petite étendue de leur portion supérieure. Leur division en lobes était très-manifeste. On y voyait aussi des bosselures indiquant les lobules, mais proportionnellement plus saillantes qu'elles ne le sont dans la suite, et en beaucoup plus grand nombre. Examinés à la loupe ou au microscope, et dans leur coupe transversale, ils paraissaient être *entièrement solides*.

Dans un embryon un peu plus avancé, mais en très-mauvais état, et dont on ne pouvait bien observer que le cœur, l'oreillette gauche était sensiblement plus grande que

dans le précédent ; le ventricule droit descendait presque aussi bas que le gauche ; il était plus pointu, et celui-ci plus arrondi, et la pointe du cœur était fendue profondément. Vus en dehors, les deux ventricules semblaient à peu près aussi volumineux l'un que l'autre.

Pl. I, fig. 12-16. Dans un embryon de sept semaines, long de onze lignes, et pesant quatorze grains, le cœur a la pointe tournée directement en avant : il est très-symétrique, et logé dans un enfoncement de la face supérieure du foie, lequel présente un volume énorme.

Sa plus grande largeur, d'un bord à l'autre, est de deux lignes et demie ; celle des ventricules, d'une ligne et demie. Ces derniers ont un peu au-delà d'une ligne dans leur plus grande longueur. Le cœur est donc plus large que long. Sa pointe est très-mousse, et fendue profondément. Le ventricule gauche est plus pointu et beaucoup plus long que le droit.

Les oreillettes couvrent non-seulement la base des ventricules, mais encore l'artère pulmonaire et l'aorte. C'est ce que fait surtout l'oreillette gauche, qui, ayant une ligne et demie de long, se rabat de gauche à droite et de bas en haut, cache les deux troncs artériels, et touche l'oreillette droite. Elle n'acquiert ce grand développement que vers la fin du second mois, et le conserve ensuite pendant long-temps.

L'artère pulmonaire et l'aorte sont très-distinctes l'une de l'autre. La première, un peu plus grosse, monte en avant, de droite à gauche, à côté de l'aorte, et, un peu avant de communiquer avec cette dernière, elle donne de chaque côté une très-petite branche pulmonaire, après la sortie de laquelle elle ne diminue pas sensiblement de calibre.

En examinant le cœur par en bas, on voit la veine-cave inférieure ne correspondre qu'à l'oreillette gauche. L'oreillette droite s'étend jusqu'à la ligne médiane, et même au-delà : c'est en cet endroit, derrière le ventricule gauche, que la

veine-cave inférieure s'abouche dans le cœur. A l'exception de son abouchement, on n'aperçoit aucune trace de la portion veineuse du cœur à la face inférieure de cet organe, derrière le ventricule gauche.

L'oreillette droite a deux lignes de long sur une demi-ligne de large ; la gauche a une ligne et un quart de large, sur une de hauteur.

Les parois des ventricules sont fort épaisses, mais leurs cavités sont petites : tous deux paraissent d'une ampleur égale ; on ne découvre pas d'ouverture à la base de leur cloison.

En ouvrant l'oreillette droite, on ne trouve, dans son intérieur, aucune trace de l'abouchement de la veine-cave inférieure : on apercoit dans la cloison, à droite de l'orifice très-large du ventricule, un petit enfoncement à la place du trou ovale, mais on ne découvre pas d'ouverture, *de sorte qu'il paraîtrait que la cloison n'est pas encore percée à jour, et que ce qui doit former la valvule d'Eustache par la suite, fait encore alors partie de cette même cloison.*

Le poumon gauche s'aperçoit seul à côté du cœur; le droit est caché tout entier derrière la moitié droite de cet organe. Cependant les poumons ont autant de hauteur que la cavité thorachique, mais ils ne sont pas plus hauts que le cœur : ils ont environ deux lignes de long, une et demie de large, et une d'épaisseur. Ils sont moins plats qu'auparavant, et bien évidemment divisés en leurs lobes ordinaires. Les lobules sont aussi très-prononcés, et rendent la surface de l'organe fort inégale, parce qu'ils forment de grandes bosselures arrondies : on en compte beaucoup plus que dans l'embryon précédent ; mais ils sont aussi proportionnellement plus petits que chez lui, quoiqu'ils soient, proportion gardée, plus volumineux et plus nombreux que dans les périodes subséquentes.

Les poumons, coupés en travers, et examinés, soit à l'œil

nu, soit au microscope, paraissent entièrement solides et homogènes.

Le cœur et les poumons pèsent ensemble un grain.

Pl. I, fig. 17-20. Dans un huitième embryon de neuf semaines, long d'un pouce quatre lignes, et pesant deux scrupules quatre grains, il s'est opéré de grands changemens. Le cœur est tourné un peu à gauche, et il a une forme oblongue, parce que les ventricules sont plus élevés relativement à leur largeur : en effet, ils ont deux lignes de haut sur un peu moins de large. L'échancrure de la pointe est moins profonde.

L'oreillette droite est encore la partie la plus vaste. La gauche est peu développée ; elle ne forme qu'une petite saillie arrondie, à côté de l'artère pulmonaire, laquelle est encore entièrement à découvert, comme l'aorte, dont la grosseur n'égale pas la sienne, et dont elle est parfaitement distincte.

Le diamètre de chaque branche de l'artère pulmonaire égale à peine le quart de celui du canal artériel, qui paraît former la continuation du tronc.

Les deux oreillettes donnent naissance, en bas et en arrière, à un renflement commun, dans le milieu duquel s'insère la veine-cave inférieure.

Les deux ventricules ont des parois également épaisses : le gauche est un peu plus ample que le droit, et la cloison est complète.

La cloison des deux oreillettes ne s'observe qu'à leur partie supérieure. Immédiatement au devant du trou ovale, se voit, à droite, la valvule d'Eustache, oblongue et très-large. La veine-cave inférieure s'abouche dans l'oreillette gauche, *où l'on n'aperçoit aucune trace de la valvule du trou ovale.*

Les poumons débordent le cœur de tous côtés ; ils se sont rapidement développés par rapport, soit à lui, soit au corps entier. Ils ont trois lignes de long, sur deux de large et d'épaisseur. Les lobes en sont très-distincts. Le nombre des lobules qui

en rendent encore la surface et les bords inégaux, est beaucoup plus considérable que dans l'embryon précédent, de sorte que chacun présente un volume absolu bien moindre. Cependant on n'en compte point encore autant qu'il y en aura dans la suite.

Le cœur pèse un grain, et les poumons en pèsent deux. Le rapport du cœur au corps : : 1 : 50, et celui des poumons : : 1 : à 25.

Pl. I, fig. 21-27. Dans deux embryons de dix semaines, longs d'un pouce huit lignes, et pesant une drachme, l'oreillette gauche est très-développée, de sorte qu'elle fait une saillie plus prononcée en avant, et qu'avec celle du côté droit elle couvre presque complétement les troncs des deux grosses artères. Elle a une forme oblongue. C'est dans cette période qu'on trouve, pour la première fois, les oreillettes bosselées.

La portion artérieuse est encore plus alongée que dans l'embryon précédent : les deux ventricules ont une pointe plus effilée, cependant le droit est plus mousse que le gauche.

La capacité relative des ventricules, leur épaisseur, et la disposition intérieure des oreillettes, sont les mêmes que dans l'embryon qui vient d'être décrit.

Le nombre des lobules des poumons est un peu plus considérable, mais ils sont proportionnellement moins volumineux.

Le poids du cœur et des poumons, comparé à celui du corps, ne présente aucune différence.

Pl. I, fig. 28. Le cœur d'un embryon qui avait seulement deux lignes de plus que le précédent, présentait des différences frappantes dans sa forme. Il était devenu tout à coup beaucoup plus rond, et cependant on n'apercevait à l'extérieur aucune trace de séparation des deux ventricules. Les parois du ventricule gauche avaient une épaisseur double de celle du droit. Toutes ces différences paraissaient dépendre d'un état de relâchement du cœur : plusieurs pouvaient aussi provenir d'une évolution trop rapide.

Pl. I, fig. 29-32. Dans des embryons de onze et douze semaines, longs de deux pouces cinq lignes, et pesant deux drachmes deux scrupules, le cœur est encore plus alongé que dans les fœtus décrits précédemment, à l'exception du dernier. L'échancrure de la pointe est manifeste, moins profonde cependant. Les parois du ventricule gauche sont un peu plus épaisses que celles du droit.

La valvule d'Eustache est proportionnellement plus petite. La différence la plus importante s'observe dans la valvule du trou ovale, qui paraît pour la première fois à cette époque, c'est-à-dire, *vers la fin du troisième mois*, et qui naît de la partie postérieure de l'orifice de la veine-cave inférieure, sous la forme d'un pli très-peu saillant, occupant à peine le quart du trou ovale.

Les branches de l'artère pulmonaire sont, proportion gardée, plus considérables que par le passé; leur diamètre n'est que de moitié inférieur à celui du canal artériel.

Le cœur pèse trois grains, et les poumons en pèsent six. Le rapport du cœur au corps :: 1 : 53, et celui des poumons :: 1 : 27.

Pl. II, fig. 1. Dans deux embryons de trois mois accomplis, ayant environ deux pouces huit lignes de longueur, la valvule du trou ovale occupe à peu près la moitié de la hauteur de cet orifice. Cependant elle est extrêmement mince et délicate, ce qui la rendait à peine visible dans l'un des deux embryons; de sorte que je doutai pendant long-temps de sa présence. Elle est encore éloignée du trou ovale à peu près de toute la capacité de la veine-cave inférieure, de manière que celle-ci s'ouvre encore presque toute entière dans l'oreillette gauche, la valvule d'Eustache étant presque tendue aussi fortement à droite qu'elle l'était précédemment.

Pl. II, fig. 2. Dans un embryon mâle de quatre mois accomplis, pesant une once deux drachmes, et long de trois

pouces quatre lignes, le cœur avait une forme évidemment plus alongée que jusqu'alors. Cette disposition n'était cependant qu'accidentelle, puisque l'organe présentait une forme plus arrondie chez des fœtus également et même plus avancés. Le bord antérieur et droit était donc courbé, et non voûté comme dans les embryons précédens, et comme il a coutume de l'être toujours. Par la même raison, la pointe était très-manifestement fendue : la substance musculeuse paraissait d'une épaisseur extraordinaire; les parois du ventricule gauche étaient à peine plus épaisses que celles du droit. Les cavités des deux ventricules avaient, à peu de chose près, une ampleur égale.

L'artère pulmonaire était beaucoup plus ample que l'aorte, et ses branches présentaient un volume presque égal à celui du canal artériel.

Le poids du cœur était de six grains, et celui des poumons de quatorze. Le rapport du cœur au corps :: 1 : 100, et celui des poumons :: 1 : 43.

Pl. II, fig. 3-5. Dans les embryons de cinq mois, ayant quatre pouces depuis le sommet de la tête jusqu'à l'extrémité du coccyx, ou sept pouces six lignes de la tête aux pieds, et pesant environ quatre onces et demie, la fente de la pointe du cœur est encore moins sensible, et généralement le ventricule gauche descend plus bas que le droit. La partie artérieuse surpasse toujours la veineuse en volume. La forme du cœur est tantôt plus et tantôt moins alongée. Le trou ovale est presque entièrement bouché par la valvule, qui a pris beaucoup d'accroissement, et s'est aussi rapprochée davantage de lui. La valvule d'Eustache, devenue plus petite, s'est au contraire éloignée. Les parois du cœur sont proportionnellement moins épaisses. Dans quelques embryons, il n'y a pas de différence; dans d'autres, le ventricule droit est notablement plus mince. La cavité gauche est tantôt plus ample, et tantôt plus étroite.

Les branches de l'artère pulmonaire ont un volume égal ou du moins très-peu inférieur à celui du canal artériel.

Le cœur pèse dix-huit grains, et le poumon deux scrupules douze grains. Le rapport du cœur au corps :: 1 : 120, et celui du poumon :: 1 : 41 $\frac{1}{2}$.

Depuis cette époque, la disposition extérieure et intérieure des parties change tellement peu, que je crois inutile de donner une description détaillée des états subséquens. J'ai seulement figuré des cœurs de six ou sept mois, pour montrer (pl. II, fig. 6) une disposition extraordinaire de la valvule d'Eustache, que j'ai observée dans un embryon de six mois : cette valvule consistait en un simple réseau, très-délicat; celle du trou ovale, au contraire, était extrêmement forte.

La dépression des oreillettes en arrière, la diminution de la valvule d'Eustache, celle de l'épaisseur des parois des ventricules, et la prédominance des branches de l'artère pulmonaire sur le canal artériel, qui s'observe souvent à cette époque, quoiqu'elle ne soit pas constante, toutes ces particularités s'aperçoivent clairement dans les embryons de sept mois.

§. II. *Embryons de cochon.* — Pl. II, fig. 10. Dans les embryons de cochon, de huit lignes de longueur, les plus petits que j'aie pu me procurer, la hauteur totale du cœur est de deux lignes un tiers, et sa largeur n'est pas tout à fait de deux lignes. La portion artérieuse surpasse la veineuse en grosseur : l'oreillette droite est un peu plus volumineuse que la gauche, mais beaucoup plus penchée en arrière, de sorte qu'elle paraît plus petite lorsqu'on considère le cœur par devant et par le haut. Les oreillettes ne couvrent pas du tout les troncs artériels en avant. La portion artérieuse est d'un quart plus large que longue; le ventricule gauche est plus long que large, et plus effilé que le droit. Sur le milieu du bord supérieur, un peu plus à droite cependant, s'élève *un*

prolongement très-considérable, charnu et arrondi, d'où naît l'artère pulmonaire. L'aorte, distinctement séparée de celle-ci, monte derrière elle. L'artère pulmonaire se confond ensuite toute entière avec l'aorte, *et n'envoie pas de rameaux aux poumons.*

Les parois des ventricules, particulièrement celles du droit, sont très-épaisses : celles des oreillettes sont minces. Les ventricules sont séparés l'un de l'autre par une cloison complète. *Le prolongement arrondi qui s'élève du bord supérieur du cœur, n'appartient qu'à l'artère pulmonaire.*

Les poumons, formant des corps triangulaires, aplatis, lisses à leur surface, divisés en lobes par des sillons profonds, et ayant une ligne de longueur, sont situés, sous le cœur, à côté de l'extrémité inférieure de l'aorte pectorale : *ils reçoivent un vaisseau considérable, qui sort de cette portion de l'aorte.*

Pl. II, fig. 11-15. Les choses ont bien changé dans un embryon plus âgé, et long d'un pouce quatre lignes. La forme du cœur entier, et notamment de sa partie artérieuse, est beaucoup plus longue que large. Les oreillettes font saillie davantage en avant, de sorte qu'elles couvrent l'artère pulmonaire et l'aorte. La gauche est beaucoup plus grande que la droite. On ne trouve aucune trace du pédoncule de l'artère pulmonaire, si manifeste dans l'embryon précédent; mais l'artère naît immédiatement de la partie supérieure du ventricule droit. Elle envoie de petites branches aux poumons, qui sont maintenant beaucoup plus gros et à peu près aussi longs que le cœur, lequel néanmoins les couvre encore presque entièrement dans la cavité pectorale. On distingue déjà très-bien les lobules.

Les ventricules ont des parois fort épaisses; celles des oreillettes sont, au contraire, très-minces. Le ventricule gauche est plus ample que le droit, mais ses parois ont à peu près la même épaisseur; cependant elles sont un peu plus fortes.

Le trou ovale, qui est très-grand, n'a pas de valvule, ou n'en a, du moins, qu'une à peine sensible. Au contraire, la valvule d'Eustache est très-prononcée, charnue, tendue immédiatement au-devant de lui, dans le ventricule droit : elle atteint presque jusqu'au bord supérieur, de sorte que la veine-cave inférieure s'ouvre toute entière dans l'oreillette gauche.

§. III. *Embryons de brebis.* — Pl. II, fig. 16 et 17. Le plus petit embryon de brebis que j'aie pu me procurer pour ce genre de recherches, était long de sept lignes et demie : le cœur en avait une et demie de large, sur deux de hauteur. Les oreillettes étaient considérables, mais ne dépassaient pas les ventricules. La pointe de ceux-ci était clairement fendue en deux : le ventricule gauche, plus effilé que l'autre, descendait aussi plus bas. L'extrémité supérieure du droit s'alongeait en une pointe émoussée, tout à coup interrompue, qui dépassait son bord supérieur et celui du ventricule gauche, et de laquelle naissait l'artère pulmonaire. Derrière cette dernière s'élevait l'aorte, qui en était manifestement distincte.

L'artère pulmonaire n'était encore qu'une seconde aorte, qu'une aorte droite, puisqu'elle se confondait avec l'aorte gauche en un seul tronc, sans envoyer de branches aux poumons.

Les poumons étaient situés sous le cœur, derrière lequel se trouvait seulement une très-petite portion de leur partie supérieure, par laquelle ils semblaient être réunis. Ils étaient d'un jaune blanchâtre, aplatis, triangulaires, tout à fait lisses, et bosselés seulement sur leur bord externe ; ce qui indiquait leur division subséquente en lobes.

Pl. II, fig. 18. L'embryon dont il s'agit était long de deux pouces trois lignes. La forme du cœur est en tout la même, mais un peu plus alongée. En outre, le renflement de la base du ventricule droit, qui donne naissance à l'artère pulmonaire, est, proportion gardée, bien plus petit dans toutes ses dimensions, et commence par conséquent à disparaître.

Les changemens subséquens qui surviennent, tant dans le cochon que dans la brebis, sont trop peu essentiels pour mériter une description particulière. Je passe donc maintenant à l'exposition rapide des résultats qui découlent des faits dont j'ai présenté l'ensemble.

§. IV. *Conclusions.* — De toutes ces observations réunies, on peut tirer les conclusions suivantes :

1°. *Le cœur a d'autant plus de volume que l'embryon est plus jeune.* Haller [1] a déjà dit en général, du cœur du fœtus, qu'il est plus gros, et qu'il occupe plus d'espace dans la poitrine. Mayer ajoute [2] que la proportion se trouve d'autant plus en faveur du cœur, que l'embryon est plus voisin du moment où il a reçu l'existence. Roume rapporte [3], en parlant d'un fœtus encore à peine long de six lignes, que le cœur, très-volumineux, semblait distendre la cavité de la poitrine; et il a parfaitement raison, puisque, d'après mes observations, le cœur remplit d'abord la cavité thorachique toute entière. Plusieurs écrivains, même très-modernes, ont entièrement négligé ce point essentiel. Wrisberg n'en dit pas un mot dans ses excellentes remarques sur l'anatomie du fœtus. Sœmmerring, Bichat, et tout récemment encore Gordon, gardent le même silence.

2°. *Le cœur est plus symétrique, dans l'origine, qu'à une époque plus reculée, sous le rapport de sa situation et de sa forme.* La portion artérieuse est d'abord perpendiculaire, ayant sa pointe tournée directement en avant et en bas; les deux oreillettes sont d'égale capacité, et descendent aussi bas l'une que l'autre de chaque côté.

3°. *La forme du cœur parcourt plusieurs périodes pen-*

---

[1] *Element. Physiol.*, t. VIII, p. I, p. 363.

[2] *Vom Baue des menschlichen Kœrpers*, t. V, p. 307.

[3] Dans *Buffon, Supplém. à l'Hist. naturelle*, t. IV, p. 357.

dant lesquelles elle devient très-différente d'elle-même. Cette proposition est développée dans les corollaires suivans.

A. *La proportion entre les portions artérieuse et veineuse du cœur n'est pas toujours la même.* Au lieu que, dans l'état parfait, et même beaucoup plus tôt déjà, les ventricules sont plus vastes que les oreillettes, le contraire a lieu dans le principe, et les oreillettes surpassent d'autant plus les ventricules, que l'embryon est plus jeune. Aussi Sénac [1] et Wrisberg [2] ont-ils déjà signalé l'amplitude considérable des oreillettes dans le fœtus humain. Cependant le rapport qui doit exister par la suite s'établit dès avant l'accouchement.

B. *Le volume relatif des deux moitiés du cœur n'est pas le même dans toutes les périodes.* Chez l'adulte, la moitié droite surpasse toujours plus ou moins la gauche. Au contraire, les écrivains sont partagés au sujet de la proportion qui existe entre elles dans l'embryon. En général, on admet que le côté gauche est plus ample que le droit. Tel est au moins le sentiment de M. Portal [3] et de Legallois [4]. Suivant Haller, l'oreillette gauche est aussi constamment plus grande que la droite dans le poulet [5]. D'autres, au contraire, comme Gordon, admettent l'égalité des deux moitiés du cœur dans le fœtus [6]. Certains veulent que le côté droit soit beaucoup plus ample, et Sénac, par exemple, prétend que, du sixième au septième mois, le ventricule droit est double de l'autre. Cette dissidence dans les opinions dépend, soit de dispositions accidentelles, soit de l'âge dans lequel on a établi les mesures.

---

[1] Traité du cœur, t. I, p. 227.

[2] *Observat. anat. embryon. human.*, p. 24, 34.

[3] Mémoires de l'Académie des Sciences, 1770, p. 224.

[4] Dictionaire des Sciences médicales, tome V, p. 440.

[5] Formation du poulet, t. II, p. 71-74.

[6] Cependant il dit que, quand il a trouvé quelque exception à cette règle, c'est plutôt le côté gauche qui lui a paru plus ample.

J'ai reconnu que, dans les plus jeunes embryons, les deux ventricules sont également volumineux, mais que celui du côté droit grossit avec une rapidité extraordinaire. Wrisberg confirme aussi la supériorité de l'oreillette droite sur la gauche dans le fœtus humain [1]. C'est peu à peu seulement que l'oreillette gauche devient égale à la droite.

C. *Le ventricule droit est incontestablement plus petit que le gauche, dans le principe.* A la vérité, il commence un peu plus haut, mais il ne descend pas à beaucoup près aussi bas. Peu à peu il se prolonge vers la partie inférieure : alors il paraît pendant quelque temps plus ample, mais ensuite il redevient *plus étroit.*

D. *L'épaisseur des parois du cœur est beaucoup plus considérable dans l'origine.* Le fait est vrai pour les oreillettes et les ventricules, mais évident surtout par ceux-ci. Les deux moitiés du cœur offrent également cette différence, mais le ventricule droit m'a toujours semblé un peu plus épais que le gauche. Tous deux se ressemblent donc davantage alors qu'à une époque plus reculée, et ils diffèrent d'autant moins que l'embryon est plus jeune. C'est de cette manière qu'il faut rectifier l'assertion de Sénac, qui dit que, dans les fœtus de trois et quatre mois, les parois du ventricule gauche sont plus minces que celles du ventricule droit, et qu'elles ne s'épaississent qu'à mesure que le fœtus grandit. Prise à la lettre, cette assertion est erronée, ainsi que Gordon l'a déjà fait remarquer. Mais Gordon lui-même a tort, selon moi, quand il soutient que les parois du ventricule gauche sont proportionnellement plus épaisses vers l'époque de l'accouchement que dans les premiers temps de la grossesse, car il est évident que le contraire a lieu.

E. La portion artérieuse du cœur est d'abord alongée, ar-

---

[1] *Loc. cit., p.* 24, *fig.* 3 ; *p.* 4, *fig.* 4.

rondie et plate, parce que le ventricule droit descend moins bas qu'il ne le fait plus tard. Son bord droit est un peu échancré à l'endroit où celui-ci se termine, et le ventricule gauche finit par une extrémité très-mousse. Peu à peu le ventricule droid descend : alors la partie artérieuse est proportionnellement plus large que par le passé, et la pointe s'en bifurque. Les deux éminences, séparées par un sillon considérable, sont d'abord mousses; peu à peu elles deviennent pointues, puis, à mesure que l'échancrure se remplit, elles sont moins sensibles, et alors la pointe du cœur se trouve de nouveau simple, comme dans les premiers temps de l'existence, mais par une autre cause bien différente.

F. Dans plusieurs animaux, spécialement dans les ruminans et le cochon, il existe, à la base du ventricule droit, un prolongement musculeux et arrondi, d'où naît l'artère pulmonaire : phénomène qui mérite de fixer l'attention. Ce prolongement ne se voit que dans les premiers temps, et ne tarde pas à disparaître. Il semble être indiqué chez l'homme lui-même par l'élévation du ventricule droit, qui surpasse de beaucoup le gauche, bien que cette partie ne soit pas aussi détachée du restant du ventricule. *C'est le rudiment du renflement musculeux qui existe à l'extrémité inférieure de l'artère branchiale des poissons et de l'artère du corps de plusieurs mollusques.*

G. J'ignore si, dans le principe, la structure du cœur n'est pas tellement simple, qu'il n'y ait point encore de distinction entre les oreillettes et les ventricules, et que les deux moitiés, droite et gauche, ne soient pas séparées l'une de l'autre. C'est un point qui réclame encore de nouvelles observations, et à l'égard duquel je ne puis rien établir de positif. Il n'y a peut-être d'abord qu'un seul ventricule; mais ce qui est certain, c'est qu'à une certaine époque il existe une ouverture de communication entre ces deux cavités, à leur base, et im-

médiatement au-dessous de l'origine des gros vaisseaux. J'ai d'abord pensé que l'orifice veineux du ventricule droit, qui se trouve à côté de la cloison et de la base des deux cavités, pourrait bien avoir été pris pour une ouverture dans la cloison elle-même; mais, en examinant cette dernière de plus près, avec une soie de cochon, j'ai éprouvé une résistance marquée dans toute sa longueur, tandis que je cessais d'en rencontrer dès que je portais la soie à l'endroit où l'ouverture s'était offerte à mes regards, en fendant le ventricule droit. Je me crois donc d'autant mieux fondé à considérer cette observation comme une preuve de l'exactitude de mes recherches antérieures, qu'elle coïncide parfaitement avec les nouvelles découvertes au sujet de la disposition primordiale des troncs artériels.

Ainsi les deux ventricules communiquent pendant les premiers temps, et, suivant toutes les apparences, jusque vers la fin du second mois, par une ouverture située à leur face interne.

H. *La disposition intérieure des oreillettes par rapport à leur communication, soit l'une avec l'autre, soit avec les troncs veineux, subit de grands changemens.* Ceux-ci roulent principalement sur la forme et la grandeur du trou ovale, la situation de l'orifice de la veine-cave inférieure, la situation, la forme, l'étendue et les rapports de la valvule d'Eustache et de celle du trou ovale. Ici, mes recherches ne font que confirmer celles de Sabatier et de Wolff, c'est pourquoi je ne m'y arrêterai point.

4°. *La disposition de l'aorte et de l'artère pulmonaire offre plusieurs grands changemens successifs dont on peut rapporter les principaux aux suivans :*

A. *Il n'existe d'abord que l'aorte, et l'artère pulmonaire se forme plus tard.* Cette disposition paraît subsister jusqu'à la septième semaine. Alors l'artère pulmonaire, qui n'a point

encore de branches, semble se rendre aux poumons, qui sont fort éloignés et extrêmement petits : elle n'est donc, à cette époque, qu'un second tronc aortique, une aorte droite. La disposition des grosses artères ressemble donc, pendant cette période, à ce qu'elle continue d'être chez les reptiles durant la vie entière de l'animal, à part l'éloignement moindre du point de réunion des deux vaisseaux en un tronc commun. Cependant cette différence est très-insignifiante, puisque l'embryon et le reptile ont cela de commun, que les artères carotide et sous-clavières naissent de l'aorte gauche avant la réunion des deux troncs.

B. *C'est dans le cours de la huitième semaine seulement qu'on voit paraître les branches de l'artère pulmonaire.* Elles sont d'autant plus petites, en elles-mêmes et par rapport à la continuation du tronc de l'aorte droite, ou au canal artériel, que l'embryon est plus jeune. A cinq mois, elles deviennent égales à ce canal, et ensuite elles le surpassent souvent de beaucoup, de sorte que, chez le fœtus à terme, chaque branche de l'artère pulmonaire est ordinairement aussi ample ou même plus grosse que le canal artériel.

Ces notions diffèrent beaucoup de celles qu'on trouve dans les livres. Plusieurs écrivains ne parlent pas des changemens successifs que l'amplitude du canal artériel éprouve par rapport aux branches pulmonaires et à l'aorte. Wrisberg se contente de mentionner, dans la description du dernier de ses embryons, âgé de quatre mois, le calibre considérable de l'artère pulmonaire et du canal artériel, dont il trouva la première plus grosse que l'aorte, et le second large d'une demi-ligne. A l'égard des branches pulmonaires, il ajoute qu'elles étaient minces et semblables à des plumes, avant leur division pour les lobes du poumon [1]. Quoiqu'il s'explique d'une ma-

---

[1] *Loc. cit.*, p. 62.

nière un peu équivoque, puisqu'on ne sait pas s'il veut parler des branches en général, ou de leur division à la racine du poumon, on peut cependant admettre la première hypothèse, puisque ce rapport a réellement lieu pendant la période qu'il avait en vue lorsqu'il écrivait. Sénac [1] Rœderer [2] et Haller [3] disent que, chez le fœtus à terme, le canal artériel est plus gros que les branches pulmonaires, et que le calibre de celles-ci, à leur origine, surpasse celui de l'aorte à sa sortie du cœur. Mes recherches m'obligent de révoquer en doute l'exactitude de ces assertions, puisque j'ai vu le rapport entre les branches pulmonaires et le canal artériel persister jusqu'à la naissance, tel qu'on l'observe aux époques les plus éloignées de ce terme. Très-probablement il faut attribuer les erreurs des physiologistes sur ce point de doctrine, à ce que, comme Haller au moins le dit expressément, les mesures ont été prises sur les artères remplies par injection : de sorte que le canal artériel avait été distendu outre mesure, à cause de la ténuité et de la faiblesse extrêmes de ses parois, déjà indiquées par Rœderer.

Le canal veineux se trouve dans le même cas que l'artériel : c'est pendant les premières périodes de l'existence du fœtus qu'il offre proportionnellement le plus d'amplitude. Toutes les observations que j'ai recueillies jusqu'aujourd'hui confirment cette loi, d'autant plus importante, qu'elle jette un grand jour sur les fonctions du canal. En effet, il n'est vraisemblablement qu'un résidu de la disposition qui se voyait à l'époque où, le foie n'existant pas, la veine-porte et la veine-cave inférieure ne formaient qu'un seul tronc, comme l'ar-

---

[1] *Loc. cit.*, p. 232.

[2] *De Fœtu perfecto*, p. 86.

[3] *Element. Physiol.*, T. VIII, p. I, pag. 394.

tère pulmonaire n'en faisait non plus, dans l'origine, qu'un seul avec l'aorte. Cette conjecture sur l'origine du canal veineux est confirmée par l'organisation des acéphales, dans lesquels les veines du canal intestinal, et par conséquent aussi la veine-porte, s'abouchent immédiatement dans la veine-cave inférieure.

5°. *Les poumons ne se forment que très-tard.* Dans l'homme, on n'en aperçoit pas de traces manifestes avant la sixième ou septième semaine. Alors ils se montrent *sous* le cœur, aux deux côtés de l'extrémité inférieure de la portion pectorale de l'aorte. Au moment de leur apparition, et même encore après, pendant un certain laps de temps, ils sont tellement petits, par rapport au cœur et aux autres organes, qu'il faut suivre leur développement progressif avec la plus grande attention, pour se convaincre qu'ils sont en réalité les rudimens de l'organe respiratoire.

D'abord les poumons sont très-rapprochés l'un de l'autre, plats et de couleur blanche : la surface en est parfaitement unie ; mais, sur leur bord externe, on remarque de très-bonne heure les échancrures, qui sont les traces de la séparation prochaine des lobes, malgré que ceux-ci n'existent point encore. Plus tard, les lobes paraissent composés de lobules. Ceux-ci sont d'abord proportionnellement plus gros et beaucoup moins nombreux que dans les périodes subséquentes ; mais ils se partagent par degrés en d'autres plus petits. Dès qu'ils ont commencé à se faire voir, ils sont d'autant plus apparens, et d'autant moins intimement unis par un tissu cellulaire muqueux, que l'embryon lui-même est plus jeune.

6°. Comme les poumons se développent, chez les reptiles et les sangsues, sous la forme de sacs vides, il était naturel de penser que leur production chez les animaux d'un ordre plus élevé, avait lieu suivant les mêmes règles. J'ai donc mis

tous mes soins à m'assurer s'ils sont creux dans le principe. Mais, sous quelque aspect que je les aie considérés, même avec l'œil armé de verres très-forts, j'ai toujours observé que la superficie des tranches était complétement solide. Cependant, il serait possible que les parois des cellules ne fussent qu'appliquées les unes contre les autres. Si les poumons sont réellement solides dans les premiers temps, on doit convenir qu'ils ont alors une grande ressemblance avec les branchies des poissons, particulièrement avec celles en pinceau des syngnathes, auxquelles correspondent, comme on le sait, celles des têtards de batraciens. Leur solidité et les nombreuses bosselures arrondies qui garnissent leur surface, justifient ce rapprochement.

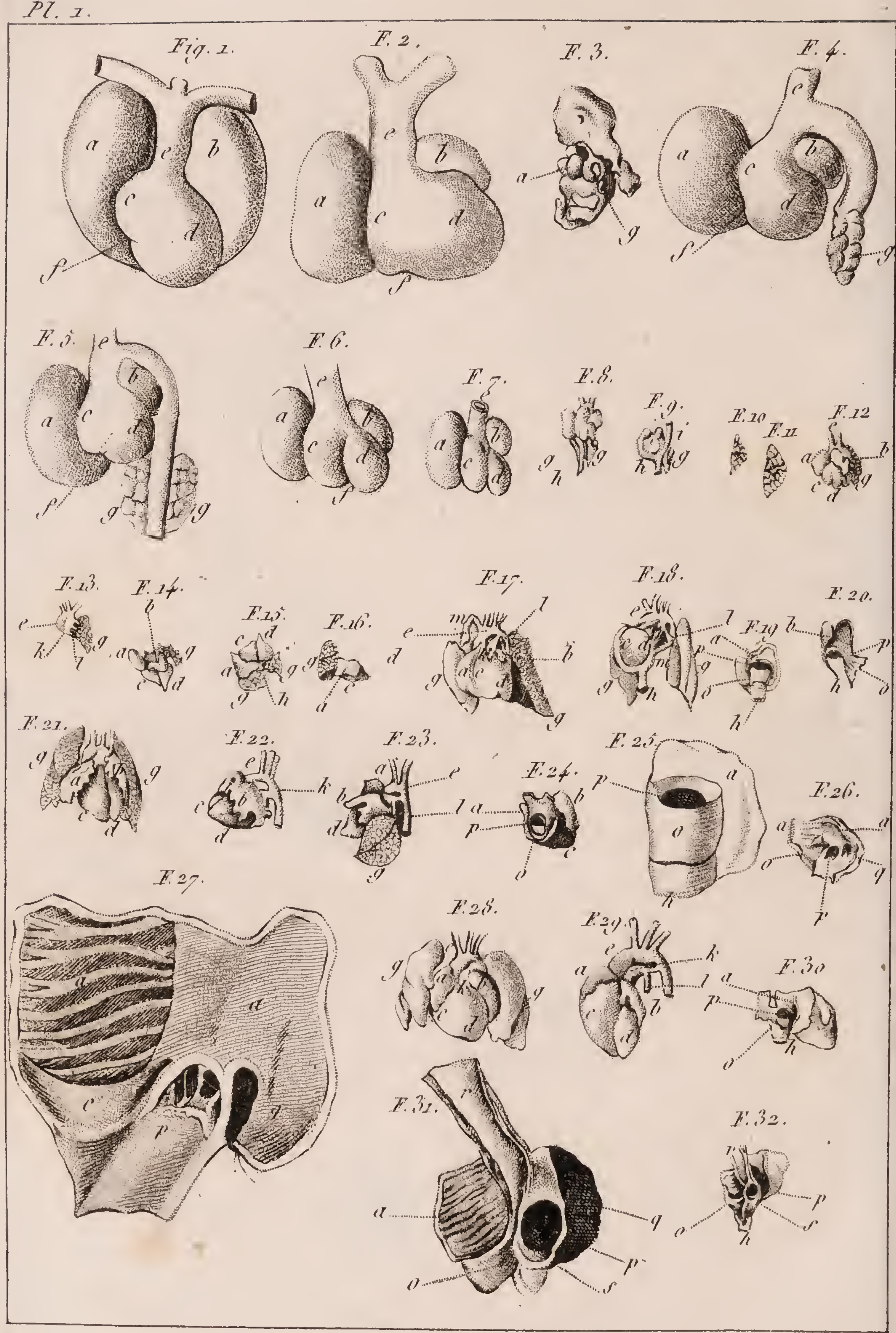
7°. Les branches de l'artère pulmonaire, qui naissent de l'aorte droite ou pulmonaire, manquent d'abord bien certainement. On doit donc admettre qu'à cette époque elles sont remplacées par les artères bronchiques, spécialement par les inférieures [1], puisque les poumons se trouvent placés très-bas

---

[1] On ne peut douter que les branches de l'artère pulmonaire ne soient alors remplacées par des rameaux nés de la partie inférieure de l'aorte pectorale, au voisinage des poumons, et qui disparaissent tout à fait quand l'artère pulmonaire a développé ses branches, ou diminuent de calibre et constituent des artères bronchiques. Cette hypothèse, qui n'est pas dénuée de vraisemblance, et qui repose sur quelques faits dont l'un a été rapporté plus haut, explique l'observation recueillie par Huber et Maugars, d'une troisième artère pulmonaire, qui, née de la base de l'aorte pectorale, se rendait à la partie inférieure des poumons, et, dans le cas décrit par Maugars au moins, semblait s'être développée aux dépens des artères pulmonaires ordinaires. Elle paraît en outre devoir faire penser que, dans un cas semblable, observé par Jacobson, qui vit l'artère pulmonaire absente et suppléée par les vaisseaux bronchiques, l'anomalie tenait à ce que, dans cette partie seulement, l'évolution des viscères pectoraux n'avait pas obéi à l'impulsion générale, et s'était arrêtée à un degré inférieur et primitif d'organisation.

Pl. 2.




Pl. 1.
Fig. 1.
F. 2.
F. 3.
F. 4.
F. 5.
F. 6.
F. 7.
F. 8.
F. 9.
F. 10
F. 11
F. 12
F. 13.
F. 14.
F. 15.
F. 16.
F. 17.
F. 18.
F. 19.
F. 20.
F. 21.
F. 22.
F. 23.
F. 24.
F. 25.
F. 26.
F. 27.
F. 28.
F. 29.
F. 30
F. 31.
F. 32.

dans la partie inférieure de la poitrine. Au reste, cette situation déclive de l'organe respiratoire, au moment de son premier développement, est remarquable sous deux rapports :

A. Parce que, dans les reptiles et dans la plupart des mammifères, les poumons sont situés beaucoup plus bas que dans l'homme, et au-dessous du cœur, absolument comme, dans les poissons, la vessie natatoire est placée derrière cet organe ;

B. Parce qu'il paraît que les poumons et le thymus se correspondent dans leurs fonctions, puisque le développement des uns est en raison directe du décroissement de l'autre.

Les recherches dont je viens de donner les résultats généraux, confirment encore une fois cette grande loi de l'économie animale, que l'embryon, depuis l'instant de sa formation jusqu'à celui de sa maturité, parcourt plusieurs degrés inférieurs d'organisation, et cette autre, établie par moi, que les principales monstruosités du cœur et des gros vaisseaux dépendent de ce que ces organes se sont arrêtés à un degré inférieur d'organisation, au lieu de suivre les progrès des autres vers la perfection. Je renvoie à mon *Manuel d'Anatomie pathologique* pour les développemens ultérieurs de cette seconde proposition. Je dois me borner ici à faire observer que j'ai prouvé directement, pour l'embryon humain, l'absence de l'artère pulmonaire et des poumons dans les premiers temps de son existence, qu'autrefois j'avais établie seulement d'après mes observations sur la manière dont l'embryon des oiseaux se développe.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Dans les deux planches, — *a*, oreillette droite; *b*, oreillette gauche; *c*, ventricule droit; *d*, ventricule gauche; *e*, aorte; *f*, sillon indiquant la séparation des deux ventricules par le bas; *gg*, poumons; *h*, veine-cave inférieure; *i*, veine sous-clavière gauche; *k*, artère pulmonaire;

l, branche gauche de l'artère pulmonaire; *m*, veine pulmonaire; *n*, thymus; *o*, valvule d'Eustache; *p*, trou ovale; *q*, ouverture veineuse du ventricule droit; *r*, veine-cave supérieure; *s*, valvule du trou ovale; *t*, épaisseur des parois du ventricule gauche; *u*, épaisseur des parois du ventricule droit; *v*, cloison des deux ventricules; *x*, canal artériel; *y*, renflement à la base de l'artère pulmonaire.

Planche Ire., *fig.* 1, cœur d'un embryon de quatre semaines environ; *fig.* 2, cœur d'un embryon un peu plus âgé; *fig.* 3, embryon de cinq semaines; *fig.* 4, son cœur; *fig.* 5, cœur d'un embryon un peu plus avaneé; *fig.* 6, cœur d'un embryon de six semaines; *fig.* 7-11, cœur d'un embryon du même âge; *fig.* 7, vu par devant; *fig.* 8, l'oreillette droite renversée, pour montrer l'insertion de la veine-cave inférieure et les poumons; *fig.* 9, le cœur relevé pour faire voir la veine-eave inférieure et son abouchement avec la sous-clavière gauche; *fig.* 10, le poumon; *fig.* 11, le même, grossi; *fig.* 12-16, embryon de sept semaines; *fig.* 12, le cœur et le poumon gauche vus par devant; *fig.* 13, l'aorte, l'artère pulmonaire et le poumon gauche; *fig.* 14, le cœur et le poumon gauche vus par le haut; *fig.* 15, les mêmes, vus par le bas; *fig.* 16, le cœur et le poumon droit vus du côté droit; *fig.* 17-20, cœur d'un embryon de neuf semaines; *fig.* 17, vu par devant, *fig.* 18, vu par le bas; *fig.* 19, l'oreillette droite ouverte pour montrer la grandeur de la valvule d'Eustaehe, qui est tendue immédiatement devant le trou ovale; la veine-cave inférieure n'est pas ouverte; *fig.* 20, l'oreillette gauche ouverte, pour montrer l'insertion immédiate de la veine-cave inférieure. La valvule du trou ovale manque encore tout à fait : on voit la valvule d'Eustache par derrière; *fig.* 21-27, cœur d'un embryon de dix semaines; *fig.* 21, vu par devant; *fig.* 22, vu par le côté; *fig.* 23, vu par le côté pour montrer le poumon et l'artère pulmonaire; *fig.* 24, l'oreillette droite ouverte; *fig.* 25, la même, grossie : la valvule d'Eustache est à sa place; *fig.* 26, la même partie : la valvule d'Estache est renversée, il n'y a pas eneore de trace de celle du trou ovale; *fig.* 27, la même, grossie; *fig.* 28, cœur d'un embryon un peu plus âgé; *fig.* 29-32, cœur d'un embryon de onze à douze semaines; *fig.* 29, vu par devant; *fig.* 30, l'oreillette droite ouverte : la valvule d'Eustache en place; *fig.* 31, la valvule d'Eustache renversée pour montrer celle du trou ovale qu'on commence à apercevoir; *fig.* 32, la même partie, de grandeur naturelle.

Planche IIe., *fig.* 1, cœur d'un embryon de trois mois accomplis; A, l'oreillette droite ouverte : la valvule d'Eustache à sa place; B, la valvule d'Eustache et celle du trou ovale, qui est plus développée que ci-dessus; *fig.* 2, cœur d'un embryon de quatre mois; *fig.* 3, cœur d'un embryon de cinq mois, vu par devant; *fig.* 4, le même, vu de côté : l'oreillette droite ouverte, le trou ovale et ses deux valvules; *fig.* 5, cœur d'un embryon du même âge; *fig.* 6, cœur d'un embryon de six mois : l'oreillette droite ouverte; *fig.* 7-9, cœur d'un embryon de sept mois; *fig.* 7, vu par de ant avec les poumons; *fig.* 8, l'oreillette droite ouverte; *fig.* 9, coupe des ventricules; *fig.* 10, cœur et poumons d'un très-jeune embryon de cochon, doubles de grandeur; *fig.* 11-15, embryon de cochon un peu plus âgé; *fig.* 11, vu par devant; *fig.* 12, vu par devant, les oreillettes rejetées en arrière; *fig.* 13, vu de côté; *fig.* 14, vu de côté, pour montrer l'artère pulmonaire; *fig.* 15, coupe des ventricules; *fig.* 16, cœur d'un très-jeune embryon de brebis; *fig.* 17, le même, doublé de grosseur; *fig.* 18, cœur d'un embryon de brebis plus développé.

Observations météorologiques *relevées de celles faites à l'Observatoire Royal, du* 24 juillet *au* 24 août 1818 *inclusivement, temps de la durée du soleil dans le signe du lion, ou durée de la terre en opposition avec ces signes, formant le mois météorologique d'*août, *de* 31 *jours.*

Phases de la lune.	Mois.	Jours du mois civil.	Jours du mois météor.	Therm. selon Réaumur. matin. deg.	dix.	midi. deg.	dix.	soir. deg.	dix.	Baromètre ancien. matin. pou.	lig.	midi. pou.	lig.	soir. pou.	lig.	Vents. matin.	midi.	soir.
	Juillet 1818.	24	1	15	8	27	4	26	2	28	0	28	0	27	11	Sud.	Sud.	Sud.
☾ D. Q.		25	2	15	6	23	4	22	8	28	0	28	0	28	0	S. O.	N. O.	Ouest.
		26	3	14	6	25	5	25	1	28	0	28	0	27	11	Nord.	Sud.	Sud.
		27	4	14	6	22	3	21	8	27	11	28	0	28	0	S. O.	S. O.	S. O.
		28	5	12	4	11	2	13	6	28	2	28	3	28	3	Ouest.	Ouest.	N. N. O.
		29	6	9	8	17	5	18	8	28	4	28	4	28	4	Nord.	Nord.	Nord.
		30	7	12	0	19	8	20	2	28	4	28	4	28	3	Nord.	Nord.	Nord.
		31	8	12	0	19	2	20	4	28	3	28	3	28	2	O. N. O.	O. N. O.	O. N. O.
	Août 1818.	1	9	13	0	19	2	18	5	28	2	28	2	28	1	O. N. O.	O. N. O.	N. O.
● N. L. Crs.		2	10	10	2	18	3	18	4	28	1	28	1	28	2	N. O.	Nord.	E. N. E.
		3	11	18	4	18	2	19	0	28	2	28	2	28	2	N. E.	Est.	Est.
		4	12	10	6	20	8	21	4	28	2	28	2	28	2	Nord.	E. N. E.	Est.
		5	13	12	0	23	4	24	3	28	2	28	2	28	2	Est.	Est.	Est.
		6	14	12	2	24	6	25	2	28	1	28	1	28	1	S. S. O.	Est.	Est.
		7	15	15	7	22	7	23	4	28	0	28	1	28	1	N. O.	N. O.	N. N. O.
		8	16	12	2	19	0	20	3	28	2	28	2	28	2	N. O.	N. E.	N. E.
☽ P. Q.		9	17	13	8	22	9	24	3	28	0	28	0	27	11	N. E.	Est.	Est.
		10	18	13	7	17	1	17	9	27	10	28	0	28	0	O. S. O.	Nord	Nord.
		11	19	14	4	16	2	17	2	28	2	28	2	28	1	N. E.	N. E. f.	Est.
		12	20	10	4	17	6	18	6	28	0	28	0	27	11	N. E.	E. n. e. f.	E. n. e. f.
		13	21	10	0	17	2	18	0	28	1	28	1	28	0	N. E.	E. N. E.	N. E.
		14	22	10	0	17	1	17	7	28	1	28	0	28	0	N. E.	N. E.	N. E.
		15	23	10	0	16	2	17	2	28	1	28	2	28	2	Nord.	Nord.	Nord.
◉ P. L. Décours.		16	24	10	0	16	3	17	5	28	1	28	2	28	2	Nord.	Nord.	Nord.
		17	25	9	2	18	3	18	3	28	2	28	2	28	1	N. O.	N. O.	N. O.
		18	26	10	6	20	5	20	4	28	1	28	0	28	0	N. O.	O. N. O.	Ouest.
		19	27	10	4	11	1	11	8	27	11	27	11	27	11	Est.	Est.	Est.
		20	28	8	3	13	1	14	0	28	1	28	2	28	2	O. N. O.	N. O.	N. O.
		21	29	10	0	14	7	15	3	28	2	28	2	28	1	Ouest.	Ouest.	Ouest.
		22	30	9	0	13	5	14	2	28	1	28	0	28	1	N. O.	N. O.	N. O.
		23	31	8	6	14	1	13	5	28	2	28	3	28	3	N. O.	N. O.	N. O.

Température la plus élevée du présent mois, 27 deg. 4 dix., le 24 juillet. — La moins élevée, 8 deg. 3 dix., le 20 août. — *Températ. moyenne*, 16 deg. 6 dix.— Celle du mois précédent, 15 deg. dix.

Plus grande pression de l'atmosphère, 28 pou. 4 lig répondant à 4 deg. de beau temps. — Moins grande pres. 27 pou. 11 lig répondant à 1 deg. de mauvais temps. — *Pression moyenne*, 28 pou. 3 lig. répondant à 2 deg. de beau temps.

Vents, ayant dominé pendant ce mois, ceux de la partie du *Nord* et du *N. O.* dans la proportion de 15 jours sur 31.

Observations météorologiques *relevées de celles faites à l'Obser-vatoire Royal, du* 24 juillet *au* 24 août 1818 *inclusivement, temp[s] de la durée du soleil dans le signe du lion, ou durée de la terre e[n] opposition avec ces signes, formant le mois météorologique d'*aoû[t] *de* 31 *jours.*

Places de la lune.	Mois.	Jours du mois civil.	Jours du mois météor.	État du ciel atmosphérique. le matin.	vers midi.	le soir.	[...] du niveau des eaux de la Seine.
							m. ce[...]
	Juillet 1818.	24	1	nuageux.	petits nuages blancs.	petits nuages blancs.	0 2[...]
D. Q.		25	2	quelques éclaircies.	nuag., *pluie* t. à 10 h.	nuageux.	0 2[...]
		26	3	nuageux.	nuageux.	nuageux.	0 2[...]
		27	4	nuageux.	nuageux.	très-nuageux.	0 1[...]
		28	5	couvert.	*pluie.*	*pluie fine.*	0 1[...]
		29	6	nuageux.	ciel trouble.	ciel trouble.	0 2[...]
		30	7	couvert.	couvert.	nuageux.	0 2[...]
		31	8	couvert, brouillard.	nuageux.	nuageux.	0 1[...]
		1	9	nuageux.	couvert.	nuageux.	0 1[...]
N. L.		2	10	nuageux.	nuageux.	nuageux.	0 2[...]
		3	11	beau ciel.	beau ciel.	beau ciel.	0 1[...]
		4	12	nuageux.	beau ciel.	beau ciel.	0 1[...]
		5	13	nuag. à l'hor., brouil.	beau ciel.	beau ciel.	0 1[...]
		6	14	lég. nuag. et lég. br.	beau ciel.	beau ciel.	0 2[...]
Cr^s.		7	15	nuageux.	nuageux.	nuageux.	0 1[...]
		8	16	nuageux.	beau ciel.	légers nuages.	0 0[...]
P. Q.		9	17	nuageux.	ciel trouble.	très-nuageux.	0 1[...]
	Août 1808.	10	18	*pluie fine.*	couvert.	couvert.	0 1[...]
		11	19	nuageux.	légers nuages.	beau ciel.	0 1[...]
		12	20	légers nuages.	beau ciel.	beau ciel.	0 1[...]
		13	21	beau ciel.	beau ciel.	beau ciel.	0 1[...]
		14	22	nuageux.	nuageux.	très-nuageux.	0 1[...]
		15	23	couvert.	couvert.	très-nuageux.	0 0[...]
P. L.		16	24	couvert.	couvert.	très-nuageux.	0 0[...]
		17	25	nuageux, brouillard.	couvert.	quelques éclaircies.	0 1[...]
		18	26	nuag., léger brouill.	ciel troub. et nuag.	ciel trouble et nuag.	0 [...]
		19	27	*pluie.*	*pluie continuelle.*	couvert.	0 0[...]
Décours.		20	28	très-nuageux.	couvert par intervall.	couvert.	0 1[...]
		21	29	couvert.	couvert.	couvert.	0 1[...]
		22	30	nuag., *pluie* av. le j.	nuageux.	nuageux.	0 1[...]
		23	31	nuageux.	couvert par intervall.	nuageux.	0 1[...]

Jours dans lesquels il est tombé de la pluie, 5, un desquels avec tonnerre faible.

Hauteur moy. pen[-]dant ce mois, 15 cen[t.] 2 millimèt. — Celle d[u] mois précédent, 46 cen[t.] 3 millim.

IMPRIMERIE DE C. L. F. PANCKOUCKE.



CHAUSSIER.

Ambroise Tardieu Direxit.

JOURNAL

COMPLÉMENTAIRE

DU

DICTIONAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

CONSIDÉRATIONS *et Observations sur l'apoplexie.*

(Second et dernier article.)

Du siége de l'apoplexie. WEPFER, après avoir combattu l'opinion de Galien, qui plaçait la cause de l'apoplexie dans la faculté exhalante et sécrétoire des ventricules du cerveau; après avoir démontré, contre l'opinion de Riolan, que ces cavités ne séparent pas les esprits animaux, conclut que la partie du cerveau, affectée dans l'apoplexie, est la substance médullaire, par laquelle, suivant lui, entrent et sortent ces mêmes esprits animaux. L'observation exacte des faits n'est pas plus favorable à l'hypothèse de Wepfer, qu'elle ne l'avait été à celles de Galien et de Riolan. L'illustre Morgagni envisagea le sujet sous un point de vue bien différent; et ce fut sur les cadavres, le scalpel à la main, qu'il s'efforça de déterminer quelles étaient les parties de l'encéphale le plus souvent affectées dans l'apoplexie. Les recherches et les judicieuses réflexions de ce médecin célèbre étaient comme plongées dans l'oubli, lorsque le docteur Rochoux fixa notre attention sur cet objet. C'est de la traduction qu'il a faite d'une partie de la troisième épître de Morgagni que nous nous ser-

virons pour faire connaître les remarques de ce grand anatomiste, relativement à un point aussi important d'anatomie pathologique. D'où vient, dit-il, que dans presque tous les exemples que j'ai cités, et dans tous les autres cas où les cavernes, siége de l'épanchement sanguin, sont indiquées de manière à les faire évidemment reconnaître, on les ait toujours rencontrées dans les corps striés, ou dans les couches des nerfs optiques, dans l'une ou l'autre de ces parties ou dans le voisinage? pourquoi n'a-t-on trouvé qu'une seule fois, suivant Wepfer, une affection de cette nature dans la partie antérieure de l'hémisphère, et jamais dans la partie postérieure? enfin, comment s'est-il fait que, dans quinze exemples de pareilles altérations, elles se soient présentées dix fois à droite, deux fois des deux côtés, et trois fois seulement à gauche, etc.?

Si le hasard, continue Morgagni, n'a que peu de part dans la production de ces effets, ce qui semble assez probable, une longue suite d'observations bien faites en montrera le retour constant; et alors il faudra en chercher les causes dans la structure du cerveau, ou dans le mode de distribution de ses derniers vaisseaux, comme si, par exemple, on les trouvait plus nombreux et d'un plus grand diamètre dans le voisinage des parties que nous venons de citer. Ainsi, il m'est arrivé quelquefois, en coupant horizontalement de haut en bas le corps strié par tranches minces, de rencontrer, dans sa partie externe et antérieure, une espèce de petite fosse traversée par un vaisseau sanguin très-remarquable; ailleurs, en le coupant peu à peu, et obliquement, de voir dans ce même côté plusieurs filets rouges, parallèles, bien évidemment vasculaires, et plus gros que dans tout autre endroit du cerveau. A ces causes on peut ajouter le peu de résistance que les vaisseaux éprouvent dans les corps striés, par le fait du vide des ventricules, etc.,

Justement frappé de ces réflexions, auxquelles Morgagni

semblait attacher une grande importance, M. Rochoux a comparé les produits de ses observations, à cet égard, avec ceux qu'avait obtenus l'illustre médecin de Padoue, et l'exposition suivante fera voir qu'il y a bien peu de différence entre eux.

Epanchemens sanguins trouvés dans le corps strié, la couche optique et le voisinage de ces parties.

Dans le corps strié	24	28
Dans la couche optique	2	
Dans le corps strié et la couche optique	1	
Sous le corps strié	1	

Epanchemens sanguins dans d'autres parties du cerveau.

Dans la partie moyenne des hémisphères	5	13
Dans la partie postérieure des ventricules	2	
Dans l'hémisphère, en dedans et en avant	2	
Dans l'hémisphère, en dedans et en arrière	3	
Dans le lobe moyen	1	
	Total	41

On voit, par ce tableau, que la petite portion du cerveau qui appartient au corps strié et à la couche optique, a offert à elle seule plus du double des épanchemens observés dans les autres parties de l'encéphale. Or, si l'on considère que la structure du corps strié diffère de celle du reste du cerveau, on ne pourra guère se refuser à croire que ce ne soit d'après une organisation particulière que cette partie devient le siége de l'apoplexie.

Les observations de Morgagni, relativement à la portion du cerveau qui vient de nous occuper, ont donc été depuis sanctionnées par l'expérience. Il n'en a point été ainsi

de son opinion sur la préférence que semblerait, suivant lui, devoir affecter l'épanchement apoplectique en s'effectuant d'un côté plutôt que d'un autre, à la partie antérieure plutôt qu'à la partie postérieure de l'encéphale. M. Rochoux rapporte même des faits contradictoires à ceux dont parle Morgagni dans sa troisième épître.

Il est très-rare que l'épanchement sanguin ait son siége dans le cervelet. Le docteur Rochoux estime que, sur cinquante apoplexies, à peine une seule s'est-elle effectuée dans cet organe. Morgagni [1] en rapporte un seul exemple chez un homme d'environ soixante ans, qui fut frappé tout à coup d'apoplexie, et à l'ouverture duquel on trouva, dans les lobes du cervelet, principalement dans le gauche, à peu près une once de sang concret, qui avait l'aspect d'un polype. La portion du cervelet qui entourait ces concrétions était profondément altérée dans sa texture. Un cas à peu près semblable se trouve consigné dans une dissertation du docteur Heurtault, intitulée : *Considérations sur différens points de chirurgie*. Enfin, j'ai observé moi-même, il y a quelques années, un individu qui fut apporté mourant à l'Hôtel-Dieu de Paris, et chez lequel la mort subite dont il avait été frappé était due à un épanchement considérable de sang dans les deux hémisphères du cervelet.

Morgagni ne s'était point trompé, en disant que des expériences ultérieures prouveraient qu'on doit rapporter les causes de la fréquence de l'épanchement sanguin dans le corps strié, la couche optique et les parties environnantes, à une disposition particulière du cerveau et à une distribution de ses vaisseaux. En effet, l'étude approfondie du système vasculaire de l'encéphale fait voir que des artères assez nom-

---

[1] *Epist. anat. med.* 2, art. 22.

breuses pénètrent directement dans ces parties, sans se subdiviser dans la pie-mère, comme le font les autres vaisseaux qui servent à la nutrition du cerveau ; par conséquent elles se trouvent à nu au milieu de la substance cérébrale, dont le peu de consistance la rend peu propre à soutenir l'effort impulsif du sang. Des injections poussées par la carotide, avec beaucoup de violence, sur de jeunes sujets, produisent, dans le corps strié et la couche optique, des épanchemens artificiels entièrement semblables à ceux qu'y forme le sang quand il s'épanche par le fait d'une attaque d'apoplexie [1].

Il est rare de voir l'épanchement apoplectique s'effectuer primitivement dans les ventricules du cerveau ; depuis dix ans que je fréquente assiduement les hôpitaux, je n'ai observé ce phénomène que deux fois. Presque toujours, quand on trouve du sang épanché dans ces cavités, le fluide n'y a pénétré que par suite d'une rupture, qui établit une communication entre elles et le foyer primitif situé dans la substance cérébrale. Dans le cas qui nous occupe, on n'observe aucune trace de rupture dans les ventricules, ce qui prouve que l'hémorragie se fait par exhalation ; et très-probablement cette exhalation a son siége dans l'arachnoïde : néanmoins, une pareille différence ne suffit pas, ainsi que nous l'avons déjà dit, pour faire une maladie particulière de cette variété d'épanchement.

L'exhalation sanguine n'a pas seulement lieu dans les ventricules du cerveau ; on l'observe aussi, quoique très-rarement, à l'extérieur de ce viscère, et alors l'arachnoïde externe en est le siége. Un homme de soixante-sept ans, depuis quel-

---

[1] Parmi les médecins qui ont observé ces effets de l'injection, je peux citer le docteur Lallemand, ancien élève interne de l'Hôtel-de-Dieu de Paris, aussi recommandable par son savoir en médecine que par ses connaissances exactes en anatomie.

que temps dans un état de paralysie incomplète, et pour cette cause obligé de garder le lit, fut conduit à la maison de santé du faubourg Saint-Martin, le 9 mai 1812; il languit dans cet hôpital pendant environ quarante jours, et mourut avec tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie. A l'ouverture du cadavre, on trouva environ six onces de sang épanché sur l'hémisphère droit du cerveau, qui, dans cet endroit, était considérablement déprimé. La pie-mère et l'arachnoïde correspondantes étaient gorgées de sang, mais on n'y remarquait aucune trace de rupture. (Extrait de l'ouvrage de M. Rochoux).

Des médecins, qui se croient doués d'une perspicacité peu commune, ont avancé qu'à l'aide de tel ou tel signe, on pouvait, non-seulement annoncer le côté du cerveau affecté d'épanchement, mais encore désigner, d'une manière précise, l'endroit lésé dans l'un ou l'autre hémisphère cérébral. Sans entrer dans la discussion des raisons plus ou moins hypothétiques alléguées à cet égard, nous dirons seulement que, d'après l'expérience la plus répétée, la paralysie de l'un ou l'autre côté du corps, annonce, d'une manière certaine, que l'épanchement a eu lieu dans le côté opposé, du moins à très-peu d'exceptions près.

Tandis que certains médecins se sont évertués à découvrir les raisons pour lesquelles le côté gauche était plus souvent frappé de paralysie que le côté droit, d'autres ont cherché à expliquer pourquoi l'épanchement apoplectique s'effectuait plus fréquemment dans l'hémisphère droit que dans celui du côté opposé (supposant que cela arrive ainsi d'après l'assertion de Morgagni). L'auteur d'une dissertation sur l'apoplexie, publiée en 1815, pense qu'on peut admettre au nombre des causes présumées de cette particularité, l'habitude de se coucher sur le côté droit, celle d'exercer beaucoup le bras droit, la disposition de l'artère carotide droite,

qui, étant beaucoup plus parallèle au tronc de l'aorte que la carotide gauche, et offrant aussi un plus gros calibre que celle-ci, permet au sang de s'y porter plus facilement et en plus grande quantité, etc. De telles recherches paraissent au premier coup d'œil complètement inutiles, et nous n'en eussions pas parlé, si nous n'étions convaincu qu'une vérité, quelle qu'elle soit, une fois bien constatée, peut conduire à d'autres vérités, soit par elle-même, soit en nous facilitant la découverte de quelques autres beaucoup plus importantes; car, dans la science médicale, toutes les découvertes s'allient et s'enchaînent par la plus étroite connexion.

Nous terminerons ce que nous avions à dire sur le siége de l'apoplexie, en citant une observation de Morgagni, dans laquelle brille toute la sagacité d'un esprit éminemment observateur. L'illustre médecin de Padoue assistait à l'ouverture du cadavre d'un mendiant mort subitement d'apoplexie à la porte d'un couvent; il remarqua, à l'instant où l'on coupait circulairement la peau du crâne, qu'il existait une forte contusion à la région temporale gauche : cette particularité lui suffit pour annoncer que, s'il y avait un épanchement sanguin, il occupait l'hémisphère droit du cerveau, la contusion du muscle temporal du côté gauche étant pour lui une preuve que le mendiant était tombé sur le côté frappé de paralysie, ce qui annonçait un épanchement du côté droit. L'ouverture du cadavre justifia ce brillant pronostic [1]. C'est ainsi que les médecins d'un génie supérieur observent avec attention les moindres phénomènes pathologiques, et les font servir aux progrès de la science qu'ils cultivent.

Congestions cérébrales. Les résultats d'une attaque d'apoplexie, lors même que le malade succombe, n'offrent pas toujours un épanchement de sang dans la substance céré-

[1] *Epistol.* 3, art. 14.

brale; on n'y remarque assez souvent qu'une turgescence générale des vaisseaux, produite par la congestion du sang vers la tête, laquelle congestion exerce sur la masse encéphalique une compression générale qui anéantit l'influence nerveuse et fait cesser la vie. Plusieurs faits présentés à notre observation confirment cette opinion, qui n'a été encore admise ni discutée dans aucun des ouvrages que nous avons consultés. Parmi ces faits, trois méritent d'être connus, et serviront de base à cette partie de notre travail.

Un homme de cinquante-sept ans, d'un caractère vif et gai, avait été rachitique dans son enfance; son dos était voûté, ses jambes torses, et son sternum très-saillant en avant; il avait de plus le cou court, la tête grosse et la figure très-colorée; il éprouvait habituellement des palpitations. Admis dans l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre pour ces palpitations, un soir il fut saisi d'une grande difficulté de respirer; il perdit connaissance, sa figure devint violette, etc., et il expira peu d'instans après.

A l'ouverture du cadavre, on trouva les vaisseaux du cuir chevelu et les sinus de la dure-mère gorgés de sang noir et fluide. La substance cérébrale était ferme et les vaisseaux très-injectés; aucun épanchement, ni séreux ni sanguin, ne fut observé, soit dans la masse encéphalique, soit dans ses ventricules. Les poumons étaient sains; le ventricule gauche du cœur avait sa capacité ordinaire, mais ses parois étaient considérablement épaissies; l'abdomen n'offrit rien de remarquable.

Marteau, l'un des gardes commis à la porte de l'Hôtel-Dieu de Paris, âgé de cinquante ans, était tourmenté depuis long-temps par des chagrins domestiques. Le 10 avril, il fut trouvé dans sa chambre, étendu sur le carreau, la face violette, les yeux immobiles, les pupilles dilatées, la respiration stertoreuse, la peau froide, les membres supérieurs in-

sensibles, cédant à leur propre poids, aphonie complète et perte absolue de connaissance. Le chirurgien de garde lui appliqua de l'eau-bouillante à la plante des pieds et quinze sangsues sur les parties latérales du cou. Le malade succomba six heures après.

A l'ouverture du cadavre, on trouva les vaisseaux du cerveau très-gorgés de sang, la substance cérébrale injectée : elle n'offrit d'ailleurs, non plus que les ventricules, aucune trace d'épanchement sanguin ou séreux; les poumons étaient gorgés de sang; le cœur, d'un volume assez considérable, offrait un épaississement marqué dans les parois du ventricule gauche et dans la cloison des ventricules.

Une fille, âgée de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, fut admise à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de juillet 1818. Couchée à la salle Sainte-Martine, elle n'offrit, pendant quelque temps, que des symptômes d'une vive irritation de la poitrine et de l'abdomen : une saignée générale, plusieurs applications de sangsues furent employées sans succès décisif, pour combattre ces symptômes. Le douzième jour de la maladie, au matin, la malade fut trouvée dans l'assoupissement, avec abolition presque complète des fonctions de l'entendement; la langue humide était sensiblement déviée à droite : il y avait de la fièvre et quelques mouvemens désordonnés dans les tendons. Tout indice de lésion abdominale et thoracique avait disparu. On appliqua des sangsues à l'anus et des vésicatoires aux jambes.

Le quinzième jour, l'assoupissement est plus considérable, la langue toujours déviée à droite, le pouls dur. (Saignée du pied, sinapismes le soir.)

Le seizième jour, agitation, délire, efforts pour s'échapper du lit, soubresauts des tendons, respiration sertoreuse; (application de glace sur la tête).

Le dix-septième jour, sueur abondante, extrémités froides, mort.

A l'ouverture du crâne, il s'écoule beaucoup de sang; la pie-mère est très-injectée. Sur la partie moyenne de l'hémisphère gauche, on voit une large plaque, formée par une portion de l'arachnoïde et de la pie-mère, fortement gorgée, ou plutôt infiltrée de sang noir. La substance cérébrale est également injectée de sang et parsemée de gouttelettes rouges, qui s'échappent par l'incision.

Le lobe inférieur de chaque poumon est compacte et gorgé de sang; la partie inférieure de l'iléum présente des plaques saillantes sur la membrane muqueuse, auxquelles correspondent des ganglions mésentériques engorgés et rouges dans leur intérieur.

Ces congestions cérébrales, accompagnées de la plupart des symptômes de l'apoplexie avec épanchement, me paraissent devoir être très-fréquentes, et je crois que les malades qui en guérissent sont beaucoup plus nombreux que ceux qui y succombent. Dans ces variétés d'apoplexie, le coma et l'abolition des facultés intellectuelles m'ont toujours paru exister à un plus haut degré que dans les cas d'épanchement sanguin; la paralysie, au lieu d'affecter un seul côté, porte le plus ordinairement sur les deux à la fois. Ne serait-ce point au genre d'affection dont il s'agit, qu'il faudrait rapporter les maladies qui ont tous les caractères extérieurs de l'apoplexie la mieux caractérisée, et à la suite desquelles on n'a trouvé aucune altération dans le cerveau [1]? et si dans ces cas on n'a point rencontré dans l'encéphale les traces de la maladie, n'est-on pas fondé à dire qu'on a examiné avec trop peu de soin l'organe affecté? On sait en effet, qu'il y a très-peu d'années encore, on procédait d'une manière très-défectueuse à l'examen du cerveau. Quoi qu'il en soit, je crois qu'il vaut mieux expliquer de cette manière la mort qui sur-

---

[1] C'est l'*apoplexie nerveuse* de quelques auteurs.

vient dans des cas semblables, que de recourir à la syncope, dont les symptômes sont tout à fait différens de ceux de l'apoplexie [1].

Du coup de sang [2]. C'est le nom vulgaire qu'on donne aux attaques d'apoplexie ; ainsi on dit qu'un homme a eu un coup de sang, pour exprimer qu'il a été frappé d'apoplexie. Mais ce qu'on doit appeler rigoureusement *coup de sang*, n'est qu'une congestion momentanée de sang vers la tête, ou une fausse attaque d'apoplexie, qui s'annonce avec tous les symptômes préliminaires de cette affection, comme des étourdissemens, une légère perte de connaissance, une lésion plus ou moins profonde des sens internes, externes, etc. Tous ces symptômes ne sont alors qu'éphémères, et l'ordre naturel est bientôt rétabli ; ainsi je connais un jeune homme d'une trentaine d'années, et une femme de dix-huit ans, fréquemment sujets à ces accidens, sans qu'on ait à redouter pour eux une attaque d'apoplexie. Je ne prétends pas dire cependant que le coup de sang ne précède jamais cette maladie ; je crois, au contraire, qu'à un certain âge il en est souvent le funeste présage.

De ce que le coup de sang n'est, dans plusieurs circonstances, qu'un accident momentané, qui tient aux mêmes causes que l'apoplexie, et qui a beaucoup de rapport avec cette affection, il en est résulté que beaucoup de médecins ont confondu l'une avec l'autre, et qu'ils ont prétendu avoir guéri des apoplexies qui, dans la réalité, n'étaient que de légères congestions sanguines vers le cerveau. Cette méprise acquit au célèbre Bouvart la renommée d'avoir sauvé le fameux ministre Turgot d'une attaque d'apoplexie ; et ce-

---

[1] M. Rochoux, dans ses *Recherches sur l'apoplexie*, regarde la syncope comme la cause de la mort qui survient dans des cas semblables.

[2] *Voyez* l'article *coup de sang*, par Renauldin, dans le *Dictionaire des Sci nces médicales*, tom. VII, pag. 200.

pendant ce ministre n'avait eu qu'un léger coup de sang [1].

Cette manière d'envisager le coup de sang, indépendamment de l'apoplexie, n'est pas nouvelle, puisqu'il a déjà été considéré sous le même point de vûe dans l'ouvrage de M. Rochoux, où cette opinion est appuyée par les ouvertures cadavériques de plusieurs individus, qui, après avoir été atteints du coup de sang, succombèrent à une autre maladie, et n'offrirent, après leur mort, aucune trace d'épanchement dans le cerveau, ni aucune des altérations consécutives à cet épanchement.

De trois observations de coup de sang que ce médecin rapporte, voici la plus remarquable.

Grillard (Antoine), âgé de soixante-huit ans, de Fribourg, en Suisse, portier, d'un tempérament sanguin lymphatique, bien constitué, cheveux châtain clair, jouissait depuis long-temps d'une bonne santé, lorsqu'il fut pris tout-à-coup, le vingt-cinq janvier 1811, d'un étourdissement très-fort, avec perte complète de connaissance. Au bout d'environ une heure, il revint à lui, se sentant la tête pesante et douloureuse, éprouvant une grande gêne dans la prononciation des mots (aucun médicament).

Le 26, la tête est toujours douloureuse (sangsues à l'anus).

Le 27, moins de douleur de tête, articulation des mots encore difficile (infusion de tilleul).

Le 28, jour de son entrée à la maison de santé du faubourg Saint-Martin, à peu près même état; le pouls donnait quatre-vingt-quatre pulsations par minute (huit sangsues aux tempes), peu de sommeil.

Les 29 et 30, peu de douleur de tête, sommeil (orangeade).

---

[1] *Voyez* Portal, *Observations sur la nature et le traitement de l'apoplexie*, pag. 111, et les 1re et 2e observations.

Le 31, encore un peu de pesanteur à la tête, le malade se sent du reste parfaitement bien, et la parole est libre.

Les jours suivans il éprouve encore quelques légers bourdonnemens dans la tête, et un peu de constipation (jul. vul., éther, poud. cath.).

Le 5 février, lors de sa sortie, ce malade se sentait à peine de son accident; six mois après il mourut d'une péripneumonie; on ne trouva dans le cerveau aucune trace de l'affection cérébrale.

A ce fait, j'en joindrai un autre qui m'est propre. M. A. M., homme de lettres très-distingué, âgé de trente-trois ans, très-adonné au travail du cabinet, d'une stature peu élevée, ayant le cou court et la figure un peu colorée, d'une grande susceptibilité nerveuse, a été, pendant quelques années, sujet à des indispositions passagères, que je regarde comme de véritables coups de sang. A la suite de travaux opiniâtres et d'affections morales vives, on l'a vu plusieurs fois subitement pris d'étourdissemens, avec perte soudaine de connaissance, tomber sur le parquet dans un anéantissement complet de toutes ses facultés intellectuelles; mais, bientôt après, reprendre connaissance, et se plaindre seulement pendant quelques jours de pesanteur de tête, de malaises, etc. Depuis à peu près deux ans, il a cessé d'éprouver ces accidens, et rien ne fait craindre une attaque, à moins que le malade, peu docile aux conseils d'un médecin, son ami, ne se livre trop aux travaux nocturnes du cabinet, qui ne peuvent que lui être funestes. M. A. M. n'a jamais voulu consentir à être saigné, soit après ses accidens, soit à d'autres époques, où des maux de tête semblaient lui présager un nouveau coup de sang. On s'est alors borné à des bains de pieds sinapisés, à de légers purgatifs, etc.

Ramollissement du cerveau. Il existe une affection qui, par sa marche et ses symptômes, a beaucoup de rapport

avec l'apoplexie, et il faut avoir une grande habitude d'observer pour ne pas les confondre. M. le professeur Récamier, dont j'ai suivi les leçons de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris, est, je crois, un des premiers qui ait imposé à cette maladie le nom de *ramollissement du cerveau*; son histoire est encore fort peu avancée. En attendant que l'observation nous fournisse de nouvelles lumières sur cet objet, je vais en faire connaître quelques exemples.

Fauché (Anne), âgée de soixante-un ans, jardinière, d'un tempérament bilieux, était sujète, depuis cinq ou six mois, à des étourdissemens qui, quelquefois, l'obligeaient de s'arrêter dans les rues, et de s'asseoir jusqu'à ce qu'ils fussent passés. Cependant elle n'avait jamais perdu connaissance dans ses accès, et n'avait pas discontinué de se livrer à ses occupations. Le 25 novembre 1812, un étourdissement plus fort que les autres, la priva de connaissance pendant quelques momens; revenue de cet état, elle se trouva paralysée de l'œil droit, avec un grand embarras de la langue, ce qui se dissipa peu à peu. Vers la fin de décembre, elle perdit de nouveau connaissance, et fut par suite paralysée du côté gauche. Depuis cette époque, elle gardait le lit, mangeant et buvant comme à son ordinaire, mais habituellement plongée dans l'assoupissement, avec une incohérence manifeste dans les idées.

Admise dans la maison de santé du faubourg Saint-Martin, le 11 janvier 1813, elle offrait une grande tendance à l'assoupissement, une hémiplégie du côté gauche, ses réponses étaient lentes et peu suivies (vésicatoire à la nuque).

Le 14, assoupissement plus considérable, diminution des forces, appétit assez bon (vésicatoires aux jambes).

Le 15 et le 16, les forces baissent.

Le 17, mort.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le corps strié ulcéré

dans une grande partie de son étendue ; presque toute sa masse était molle et grisâtre, avait entièrement perdu sa disposition striée, et s'enlevait, en la ratissant avec le manche du scalpel, comme une espèce de pulpe. Tout autour de cette désorganisation, dans une étendue de cinq ou six lignes, la portion de l'hémisphère contiguë était légèrement jaune, au moins aussi molle, et ne ressemblait plus à la substance médullaire dans l'état sain. Le reste de la masse encéphalique était parfaitement sain, et d'une grande fermeté. Les ventricules latéraux contenaient un peu de sérosité. (Rochoux.)

Un homme âgé d'environ cinquante ans, d'une constitution robuste, ayant une poitrine large et le cou très-court, était plongé dans l'assoupissement depuis deux jours, lorsqu'on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, le 12 avril 1816, au soir. Voici son état : coma profond, face rouge, injectée, lèvres violettes, paupières fermées et paralysées ; pupilles contractées, immobiles à l'aspect d'une bougie allumée ; pouls lent, petit et dur ; respiration lente et stertoreuse, membres paralysés, cédant à leur propre poids, sensations nulles, etc.

Nous lui fîmes deux saignées, à une heure d'intervalle ; le sang coula avec beaucoup de peine, et se coagulait sur le bras au sortir du vaisseau. A chaque saignée, les pupilles recouvrèrent une partie de leur mobilité, et le malade exerça quelques légers mouvemens. On appliqua ensuite des sinapismes aux pieds ; on administra en même temps un lavement avec le vin émétique trouble.

Le 13, au matin, mort.

Ouverture du cadavre. La pie-mère et l'arachnoïde étaient fortement injectées, la dernière paraissait plus épaisse et plus résistante que dans l'état naturel.

En plusieurs endroits, le cerveau était le siége d'un ramollissement très-remarquable, et seulement développé dans la substance corticale ; plusieurs de ces points désorganisés ren-

fermaient une bouillie grisâtre, sans aucune trace de congestion sanguine; dans plusieurs autres, au contraire, on trouvait une substance sanieuse, et comme réduite en putrilage, parsemée de quelques gouttes de sang. Ces désorganisations étaient très-étendues, et répandues irrégulièrement sur toute la substance corticale du cerveau.

Une femme, âgée de trente-quatre ans, jouissait depuis quelque temps d'une santé précaire, et se plaignait de douleurs vagues dans la tête, etc. Le 21 mars 1816, vers minuit, elle perd tout-à-coup connaissance, l'usage des sens et celui de la parole; elle reste dans cet état jusqu'au lendemain, où elle fut conduite à l'Hôtel-Dieu. Elle était alors dans un profond assoupissement, la tête renversée en arrière, les yeux fixes et strabites; les pupilles contractées et immobiles à l'aspect d'une bougie allumée; les membres paralysés cédaient à leur propre poids : sensations presque nulles, sensibilité très-émoussée, cris plaintifs, respiration lente et stertoreuse; la chaleur et le pouls étaient comme dans l'état naturel.

On lui applique des sinapismes. Le 23, même état : quatre grains d'émétique à l'intérieur, sinapismes aux genoux. Le soir, accroissement dans les symptômes, vésicatoire à la nuque; mort la nuit suivante.

A l'ouverture du cadavre, le cerveau, proprement dit, n'offrit aucune altération; il n'y avait que très-peu d'eau dans les ventricules latéraux; mais la protubérance cérébrale était profondément altérée dans sa substance, qui se trouvait réduite en une sorte de bouillie blanche, à la partie supérieure, et grisâtre inférieurement. Le cervelet ne présentait aucune altération.

Quoique cette affection soit, par sa nature, différente de l'apoplexie, on ne peut se dissimuler, dans l'état actuel de nos connaissances, la difficulté, l'impossibilité même de les

distinguer l'une de l'autre dans beaucoup de cas ; néanmoins, comme cette distinction importe aux progrès de la pathologie, et qu'elle pourrait, par la suite, avoir un autre genre d'utilité, nous allons consigner ici quelques réflexions sur le diagnostic du ramollissement du cerveau : heureux si nous soulevons par-là un petit coin du rideau qui dérobe encore à nos yeux la nature intime de plusieurs affections cérébrales !

En observant avec attention les phénomènes précurseurs du ramollissement du cerveau, on voit que le plus haut degré d'intensité de cette affection, ressemblant beaucoup à une attaque d'apoplexie, n'est, le plus souvent, que la suite de douleurs de tête qui ont persisté pendant un temps plus ou moins long. Par conséquent il y a tout lieu de croire qu'à l'époque où des accidens apoplectiques surviennent, la maladie existait déjà depuis long-temps ; car il n'est pas possible de supposer qu'une altération aussi profonde se développe en si peu de temps. Ainsi l'affection qui nous occupe diffère de l'apoplexie par sa marche plus lente, pendant laquelle se produit une altération que caractérise un petit nombre de symptômes extérieurs. D'après cela, il est évident qu'il faut étudier la maladie dans les symptômes préliminaires, et y trouver les moyens de la distinguer de l'apoplexie, avec laquelle elle a une grande ressemblance, une fois arrivée à son plus haut période. Le seul moyen d'éviter l'erreur, a dit avant nous le docteur Rochoux, est de savoir apprécier avec exactitude le caractère particulier des accidens précurseurs ; et tout porte à croire que si on ne peut, par-là, arriver à connaître avec certitude la nature de la maladie, on doit au moins trouver des raisons suffisantes pour se tenir dans le doute.

Voici le petit nombre de symptômes préliminaires qu'assignent à cette maladie quelques médecins qui s'en sont occu-

pés. Il existe d'abord une diminution notable des forces musculaires; les malades se plaignent surtout des jambes, qui semblent leur manquer tout-à-coup, à l'instant où ils y pensent le moins; quelques-uns ont une démarche chancelante, comme s'ils étaient ivres. On observe en même temps un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, presque constamment accompagné d'une céphalalgie continue, plus ou moins forte. Quelquefois il survient une hémiplégie incomplète; nulle altération sensible de la nutrition, bon appétit, etc. Après un espace plus ou moins long d'un état incertain de santé, de souffrances plus ou moins supportables, surviennent tout-à-coup les symptômes d'une forte compression du cerveau, qui donnent à cette maladie l'aspect d'une attaque d'apoplexie, et qui ne manquent jamais d'enlever le malade en peu de jours, souvent même en quelques heures, comme nous avons eu occasion de l'observer.

Ce qu'on appelle ramollissement du cerveau, a de nombreux points de contact avec les dégénérescences carcinomateuses et tuberculeuses du cerveau, les suppurations chroniques de quelques portions de cet organe; et peut-être quelque jour établira-t-on une identité parfaite entre l'affection dont il s'agit et la céphalite : un tel résultat, si on l'obtient, ne pourra qu'être avantageux, puisqu'il concourra à réduire le nombre si considérable des maladies.

De la prédisposition à l'apoplexie. De l'âge. Quoique l'apoplexie puisse survenir et survienne quelquefois avant la quarantième année, il n'est point douteux cependant que la sentence si connue d'Hippocrate, qui établit que cette maladie se montre surtout entre quarante et soixante ans, ne trouve très-souvent son application [1]. En effet, à l'époque

---

[1] *Apoplexiæ contingunt maximè ætatibus iis quæ sunt à quadragesimo anno ad sexagesimum.* (Aph. sect. 6; aph. 57). Cet aphorisme

désignée par Hippocrate, et plus tard, la pléthore sanguine affecte plus spécialement le cerveau, après s'être manifestée successivement dans la membrane pituitaire, dans la poitrine et le système vasculaire abdominal, et y avoir donné lieu à des hémorragies nasales, des hémoptysies et des hémorroïdes. Vers cet âge encore, dit M. Bourbier dans une bonne thèse sur l'apoplexie, la peau perd de sa souplesse, devient moins perméable; les fluides se retirent en quelque sorte à l'intérieur, et affluent plus facilement vers les organes qui sont le siége de quelque irritation.

Le docteur Rochoux a inséré, dans son ouvrage, un tableau synoptique, dans lequel on voit, bien établis, les rapports de l'apoplexie avec les différens âges de la vie. Nous allons le transcrire ici.

Ages.	Nombre des malades.
De 20 à 30 ans.	2
De 30 à 40	8
De 40 à 50	7
De 50 à 60	10
De 60 à 70	23
De 70 à 80	12
De 80 à 90	1
TOTAL.	63

Tempérament. Il n'y a point de faits bien décisifs qui prouvent que tel ou tel tempérament soit relativement plus sujet à l'apoplexie : il en est de même de l'embonpoint qu'on

était sans doute plus rigoureusement applicable au climat de la Grèce qu'à celui de la France et de l'Angleterre; car Cullen, M. Portal et plusieurs autres ont constaté que l'apoplexie était beaucoup plus fréquente après soixante ans qu'à toute autre époque de la vie.

a souvent accusé de prédisposer à cette affection, quoique les constitutions sèches et maigres y soient tout aussi sujètes que les constitutions pléthoriques, et même davantage, d'après les tableaux comparatifs dressés par M. Rochoux.

Il est pourtant certaines particularités d'organisation qu'on a cru remarquer chez le plus grand nombre de ceux qui sont frappés d'apoplexie ; c'est leur ensemble qui forme ce qu'on appelle la constitution apoplectique, reconnaissable à une tête volumineuse, un visage coloré, un cou court et large, des épaules larges, un thorax ample, un ventre arrondi, une taille peu élevée, des membres robustes et un embonpoint considérable. Si, à cette constitution, dit le docteur Bourbier, on joint des habitudes propres à faire du cerveau un centre de fluxion, en même temps que les autres organes sont condamnés à l'inaction, l'inertie dans laquelle restent les muscles détermine la vie à se concentrer sur un seul point du système nerveux ; toutes les fonctions qui dépendent du *sensorium commune* acquièrent une prédominance remarquable ; les sentimens sont vifs et profonds, la tête plus active ; mais ce surcroît de vie entraîne souvent la ruine de l'individu. De tels phénomènes ne sont pas rares chez les personnes qui se livrent avec trop d'ardeur à l'étude, y emploient une partie du temps destiné au sommeil, et n'allient pas les exercices du corps aux travaux de l'esprit.

Habitudes, professions, etc. Une nourriture trop succulente et prise habituellement sans besoin, un état d'ivresse fréquemment réitéré, l'usage trop souvent renouvelé des plaisirs de l'amour dans un âge déjà avancé, une vie molle et oisive qui succède tout à coup à une vie active et occupée, sont autant de causes prédisposantes de l'apoplexie. On doit placer dans la même catégorie l'usage habituel des bains trop chauds et des bains de vapeurs, les vêtemens trop serrés, les ligatures. On connaît l'histoire d'un certain ambas-

adeur, dont parle M. Portal, lequel fut atteint d'apoplexie, après avoir, pendant long-temps, fait usage d'une compression presque générale pour diminuer son volumineux embonpoint. Quelques professions, dans lesquelles le corps est constamment courbé, prédisposent également à cette maladie : telle est, par exemple, celle des rémouleurs, qui travaillent couchés sur la partie antérieure de la poitrine, la tête inclinée en bas. Les mineurs, surtout ceux qui exploitent les mines de mercure; les ouvriers qui étament les glaces, etc., sont souvent frappés d'apoplexie : Ramazzini fait remarquer qu'il n'est pas rare de voir leurs femmes se remarier jusqu'à sept fois.

Hérédité et diverses maladies. Nous avons vu, dit M. Bourbier, un jeune homme dont l'aïeul paternel, le père et la mère avaient succombé à l'apoplexie, en offrir lui-même, à vingt-deux ans, les tristes avant-coureurs. Il est menuisier; sa taille est peu élevée, son cou court et sa tête volumineuse. Depuis dix-huit mois, des étourdissemens et un embarras de la langue l'ont obligé à entrer plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu pour réclamer les secours de la médecine. Après de violentes céphalalgies, des bourdonnemens d'oreilles et une rougeur vive de la face, il est saisi d'un mutisme momentané, pendant lequel les objets qu'il a sous les yeux lui paraissent avoir changé de couleur; les artères carotides battent très-fort, et une application ou deux de sangsues suffisent pour faire disparaître cette imminence d'apoplexie, qui sans doute finira par devenir funeste au malade.

L'épilepsie, dont les accès sont violens et rapprochés; le rachitisme, qui a déformé la poitrine et rendu la circulation difficile; une disposition anévrysmatique du cœur, avec épaississement des parois de ce viscère, sont autant de causes prédisposantes de l'apoplexie. On doit également placer dans ce nombre la ligature des grosses artères, nécessitée par une

plaie, par un anévrysme; les grossesses orageuses, une constipation opiniâtre, etc., etc., etc.

Signes précurseurs de l'apoplexie. Quelques médecins, au nombre desquels se trouve M. Rochoux, ont avancé qu'il était rare que l'apoplexie fût annoncée par quelques phénomènes précurseurs : c'est une erreur qui nous paraît tenir à ce que ces phénomènes précurseurs, étant peu alarmans à leur origine, le médecin est rarement consulté; c'est seulement quand l'attaque a eu lieu que sa présence est jugée nécessaire; et alors l'affection est trop bien caractérisée et trop grave, pour qu'il y ait nécessité ou possibilité de s'informer de son début. Mais si l'on interroge avec soin ceux qui ont eu plusieurs attaques d'apoplexie, comme je l'ai fait bien des fois, ils ne manquent pas de vous indiquer une série de signes très-importans à connaître au début de la maladie. Ainsi ce n'est donc pas sans raison que Lancisi disait : *raro enim, forti appoplexia quis prehenditur, nisi præludia, præcesserint*, et ce n'est vraiment que dans quelques cas particuliers, que l'apoplexie frappe comme un coup de foudre sans avoir été devancée par quelques signes précurseurs.

Cette partie de l'histoire de la maladie qui nous occupe a été généralement négligée par les auteurs; mais un ancien élève interne de l'Hôtel-Dieu de Paris a heureusement rempli cette lacune dans la thèse que nous avons déjà citée, et qui nous sera utile dans la rédaction de cette partie de notre travail.

La céphalalgie occupant un seul côté ou un seul point de la tête, est un des symptômes précurseurs de l'apoplexie les plus constans; elle se renouvelle souvent, et s'accompagne parfois de pesanteurs, d'éblouissemens, d'étourdissemens, de vertiges, de tintemens d'oreilles, etc. Il faut joindre à cela des phénomènes moins fréquens, mais aussi certains : tels sont, la rougeur vive et subite de la face, l'affaiblisse-

ment ou l'abolition momentanée de la vue et des facultés intellectuelles, des vertiges lorsqu'on baisse la tête, enfin un véritable coup de sang : on observe assez souvent un bégaiement accidentel, de la difficulté dans la déglutition, une impossibilité passagère de parler, un sommeil plus prolongé qu'à l'ordinaire, une somnolence invincible ; quelquefois une légère distorsion de la bouche, l'incube, des rêves effrayans, dans lesquels on croit tomber en paralysie, etc. ; les membres s'affaiblissent, et les malades semblent menacer de tomber ; il survient parfois des crampes, des fourmillemens, un sentiment de froid dans certaines parties, dont les malades se plaignent. Il existe aussi, dans quelques cas, une lésion telle dans le toucher, qu'il semble qu'une gaze légère soit placée entre les doigts et les objets que l'on touche (Bourbier). *Torpores et sensûs privationes si forte inciderint, futuræ apoplexiæ signa sunt.* (Hipp., *Coac. Præn.*)

Nous signalerons encore parmi les signes précurseurs de l'apoplexie, le strabisme, la diplopie, les visions fantastiques, l'apparence de bluettes lumineuses comme des étincelles électriques, surtout pendant la nuit ; l'injection de la conjonctive ; un cercle livide, bleuâtre, autour des orbites ; une cécité subite ; un affaiblissement de l'ouïe, du goût, de l'odorat. Quelquefois la moitié de la langue, l'une des narines seulement, demeurent capables d'apprécier les saveurs des corps, de reconnaître l'odeur qu'ils exhalent ; des mouvemens convulsifs des yeux, de la face, des ailes du nez, des mains ; des pulsations de l'artère temporale ; des hémorragies nasales annoncent aussi une congestion céphalique, etc., etc. Sans doute que tous ces signes ne s'observent pas seulement dans l'apoplexie ; on les rencontre dans beaucoup d'autres affections cérébrales : néanmoins on peut assurer que, réunis en plus ou moins grand nombre, ils annoncent une attaque prochaine d'apoplexie, et l'on doit en être d'autant plus certain, que

le travail d'après lequel nous indiquerons la plupart de ces symptômes, a été rédigé sur des faits exacts recueillis avec soin dans l'hospice de Bicêtre, où se trouvent un grand nombre de paralytiques par suite d'une ou de plusieurs attaques d'apoplexie, ayant assez d'intelligence pour rendre un compte exact de ce qu'ils avaient éprouvé.

On devine facilement que ces symptômes acquièrent une plus grande importance, et annoncent un danger plus imminent, quand ils s'observent en assez bon nombre chez les individus doués de ce qu'on appelle la constitution apoplectique, ou chez lesquels il existe un anévrysme actif du cœur : nous avons souvent vu des malades atteints de cette maladie se plaindre d'étourdissemens, de vertiges, etc., et être tout-à-coup frappés d'apoplexie ; c'est dans cette circonstance qu'il convient surtout de mettre en usage les moyens prophylactiques dont nous allons parler.

Traitement prophylactique de l'apoplexie. Le danger imminent que porte avec elle l'apoplexie, si fréquemment suivie d'une mort prompte et inopinée, doit engager le médecin à recueillir chez ses malades, avec une attention scrupuleuse, les moindres signes précurseurs, afin de détruire, s'il est possible, le mal dans son principe : il n'est point douteux qu'avec de la perspicacité et de l'attention, on doit quelquefois parvenir à cet heureux résultat. Mais gardons-nous de croire, pourtant, qu'il existe des poudres préservatives de l'apoplexie, des eaux anti-apoplectiques, des amulettes bienfaisantes contre cette maladie, ainsi que l'ont cru des auteurs d'ailleurs respectables, etc. Persuadons-nous bien en outre que c'est moins dans des moyens pharmaceutiques, que dans une sage observation des règles de l'hygiène, que doit consister le traitement prophylactique de la maladie qui nous occupe. Peut-on ne pas rire de pitié en lisant ce qu'écrivait, à ce sujet, il n'y a guère plus de soixante ans, un médecin cité par

Wepfer [1] (Mathæus Blaw) : « Les plantes recèlent des propriétés admirables, que l'expérience seule peut faire connaître, dit le crédule docteur : telle est la merveilleuse puissance anti-apoplectique de la racine de *thapsus* (*verbascum mas*), *cueillie le* 28 *juin*, *avant le lever du soleil*, lavée et mise dans un sindon, puis ensuite pendue au cou et portée en amulette : elle préserve certainement de l'apoplexie. »

On trouve dans la diète et dans les exercices du corps deux moyens puissans d'éviter et d'éloigner les atteintes de l'apoplexie. Les vieillards surtout, qui y sont le plus exposés, doivent se montrer très-observateurs des lois de l'hygiène. Quand on a passé la soixantaine, dit un célèbre médecin, mener un genre de vie sobre et réglé; ne manger que peu et souvent; prendre beaucoup d'exercice; aller de la ville à la campagne, de la campagne à la ville : voilà souvent le seul moyen qu'ait le savant ou l'homme de lettres pour éviter l'apoplexie. En effet, il est évident que si dans l'âge de décadence, d'un côté, on mène une vie sédentaire, en exerçant beaucoup son cerveau, et de l'autre on se laisse trop entraîner aux plaisirs de la table, qui semblent être les derniers auxquels les hommes soient encore sensibles sur la fin de leur carrière, on court les risques de succomber à une attaque d'apoplexie, pour peu qu'on y soit prédisposé. Que de vieillards sont morts de cette funeste maladie, à la suite d'un repas copieux, surtout de ceux qu'on faisait autrefois le soir! M. Portal a judicieusement remarqué que les attaques d'apoplexie étaient moins fréquentes à Paris, pendant la nuit, depuis qu'on y a renoncé au souper. Il est bon de se livrer, après le repas, à un exercice modéré, comme la promenade; et, quand elle n'est pas possible, la remplacer par quelque agréable moyen de diversion qui éloigne la somnolence à laquelle on est naturellement porté. Il

---

[1] *Hist. apoplect.*, p. 420. *Venet.* 1759.

faut aussi éviter, pendant le travail de la digestion, une contention d'esprit qui, en troublant les fonctions de l'estomac, les fait réagir d'une manière fâcheuse sur le cerveau.

Ceux qui ont beaucoup d'embonpoint et un excès de forces, useront beaucoup d'alimens végétaux, d'acides, de relâchans; ils éviteront les substances excitantes et très-nutritives, les boissons alcoolisées, etc. On ne peut trop être en garde contre les ligatures de toutes espèces, les vêtemens trop étranglés ; on a vu des individus succomber à une attaque d'apoplexie pour avoir porté pendant longtemps des cravates trop serrées.

L'usage des bains froids ne convient nullement à ceux qui ont la constitution dite apoplectique : on ne doit faire usage des bains tièdes qu'avec beaucoup de précaution, parce qu'ils favorisent les congestions céphaliques. Il n'en est pas de même des aspersions froides, des frictions sèches et irritantes, qu'on conseille avec succès à ceux qui redoutent les congestions sanguines du cerveau.

Il faut se garantir des variations brusques de l'atmosphère, et en même temps d'une température trop élevée, quoique uniforme.

Parmi les excrétions qu'il convient d'entretenir libres et faciles, il faut surtout donner une attention particulière à celle des matières fécales, dont l'accumulation réagit d'une manière évidente sur le cerveau.

La saignée est au premier rang des moyens préservatifs de l'apoplexie. Je crois qu'il est toujours utile de commencer par tirer du sang aux individus qui présentent les signes précurseurs d'une congestion sanguine vers le cerveau, quelle qu'en soit la cause, et, à plus forte raison, à ceux qui éprouvent les accidens par suite d'une hémorragie supprimée, d'une disposition anévrysmatique du cœur, etc. Des hémorroïdes ont-elles cessé de couler, dit M. Bourbier, il faut chercher à rap-

peler cette évacuation, toujours utile à ceux qui sont menacés d'apoplexie, par des applications souvent réitérées de sangsues à l'anus, par l'usage des pilules d'aloës et des bains de siége, etc. Il peut même être avantageux de provoquer une fluxion artificielle sur les vaisseaux hémorroïdaux, par les mêmes moyens, pour détourner des congestions habituelles sur le cerveau, comme l'a fait, avec infiniment de sagacité, M. le docteur de Montègre chez un malade qui paraissait destiné à périr d'apoplexie (Traité des Hémorroïdes). Un exemple rapporté par Lancisi nous prouve combien les évacuations sanguines sont propres à débarrasser d'une apoplexie imminente. Un homme d'environ soixante ans, pléthorique, adonné à la bonne chère, et ayant beaucoup d'embonpoint, menait une vie sédentaire; depuis un mois environ, il éprouvait une pesanseur de tête et une somnolence telles, qu'il dormait même en comptant son argent; il paraissait évidemment menacé d'une apoplexie, quand il eut tout à coup pendant la nuit, une hémorragie nasale; il perdit onze livres de sang, sans être affaibli; l'assoupissement fut beaucoup diminué. Quatre jours après, il perdit encore quatre livres de sang, et fut entièrement rétabli. Il n'est point douteux que si ce malade eût été saigné convenablement dans le commencement de son indisposition, il en eût été débarrassé plus tôt, sans courir le risque de perdre la vie.

Le système circulatoire convenablement désempli par la saignée, on peut employer avec le plus grand avantage les purgatifs énergiques : leur usage, continué pendant quelque temps, établit sur le canal intestinal un point d'irritation, qui fait une diversion utile. Il convient d'y revenir de temps en temps chez les malades qui sont tourmentés par des céphalalgies, des étourdissemens opiniâtres, et autres symptômes précurseurs des congestions céphaliques. J'ai vu M. le professeur Pinel recourir à ce moyen, avec beaucoup de suc-

cès, chez quelques-uns des nombreux consultans qui ont placé en lui une confiance méritée par plus de trente années d'une expérience consommée dans le diagnostic et le traitement des maladies chroniques.

Les vésicatoires, les cautères, les sétons, etc., employés comme moyens dérivatifs, remplissent la même indication que les purgatifs; ils sont spécialement indiqués lorsqu'une éruption cutanée, un ancien exutoire, ayant cessé d'exister, font craindre une métastase funeste sur l'encéphale. Ces excrétions supplémentaires peuvent être aussi très-utiles chez les femmes parvenues à l'âge critique, pour les préserver de certaines congestions cérébrales qui les menacent quelquefois à cette époque.

Le sommeil doit être peu prolongé chez les hommes robustes, menacés d'apoplexie. Un lit dur, et dans lequel la tête est plus élevée que le tronc, doit être préféré à tout autre. On évitera les veilles prolongées, surtout celles où l'on se livre à la méditation. « Quand on sent que la tête s'échauffe, dit Tissot, que la vue se trouble, il faut rester quelques momens dans la plus parfaite immobilité, ne se permettant pas même de parler, il faut ensuite éviter toute application pendant plusieurs heures. » En général, les hommes sur qui le travail du cabinet produit les effets dont parle Tissot, doivent y renoncer, s'ils veulent jouir et parcourir une longue carrière. Il est pénible, sans doute, de s'interdire les douces jouissances de l'étude dans un âge où le nombre en est si restreint; mais c'est la seule voie de salut. On doit recommander surtout de ne point méditer couché dans une position horizontale, situation qui favorise singulièrement l'impulsion du sang vers le cerveau.

M. Bourbier donne, dans sa thèse, un excellent conseil aux personnes qui se retirent des affaires pour jouir du fruit de leur travail, en leur recommandant de se livrer beaucoup aux

exercices du corps, pour éviter l'apoplexie, qui pourrait atteindre ceux qui y sont prédisposés. Nous avons la triste expérience que plusieurs ont péri de cette manière, victimes d'un changement d'état, qui les avait fait passer tout à coup d'une vie active et occupée à une vie inactive et adonnée à la bonne chère, et quelquefois à l'ivresse, si funeste en pareil cas.

Le même auteur fait remarquer encore, avec beaucoup de justesse, que c'est plutôt par la diète que par de fréquentes saignées qu'il faut habituellement combattre la prédisposition à l'apoplexie, quand toutefois le malade n'est pas menacé d'une attaque. Les saignées, dit-il, n'ont qu'un effet momentané, il faut les réitérer souvent; quand l'habitude en a été contractée, on ne peut plus en interrompre l'usage sans de graves inconvéniens : tandis qu'un régime sagement ordonné agit sur tous les instans de la vie; son effet est d'autant plus certain, qu'il est plus lent et plus gradué.

On peut joindre aux différens moyens que nous venons d'indiquer, l'usage habituel de la digitale pourprée, dont l'effet le plus ordinaire est de ralentir la circulation du sang, et de diminuer par conséquent la force de son impulsion vers le cerveau. Ce médicament convient spécialement lorsqu'on soupçonne un accroissement dans l'action du cœur, ce qui est une cause fréquente de la maladie qui nous occupe.

I. BRICHETEAU.

OBSERVATIONS *pour servir à l'histoire du décollement des épiphyses des os longs.*

En traitant des maladies de l'humérus, dans le *Dictionaire des Sciences médicales* [1], M. Boyer a indiqué le décolle-

[1] Tome XXII, pag. 1.

ment de l'épiphyse de cet os comme un accident rare, possible seulement dans l'âge le plus tendre, et que l'on peut toujours rapporter à la fracture du col, très-près des tubérosités. Ce célèbre praticien ajoute que les difficultés du traitement peuvent cependant être plus grandes que dans le cas de fracture, parce que la solution de continuité étant située très-haut, le fragment supérieur se trouve très-court, et que les surfaces correspondantes de l'épiphyse et du corps de l'os, offrant peu de solidité, et se soutenant mal réciproquement, elles se prêtent moins bien à l'action d'un appareil contentif. Nous pensons qu'il est de l'intérêt de l'art d'éclaircir autant que possible l'histoire de cet accident. Nous essaierons de le faire avec d'autant plus de confiance, que le docteur Champion, de Bar-le-Duc, praticien distingué et observateur judicieux, a bien voulu nous communiquer des faits qui constatent l'existence du décollement des épiphyses, opéré par une violence extérieure, sur des sujets de onze et treize ans. Nous ajouterons deux exemples de ce même décollement chez des fœtus à terme, dans lesquels il est beaucoup plus commun, et s'opère plus facilement. Nous espérons que ce travail répandra quelque lumière sur l'histoire d'une maladie dont il serait important d'établir un diagnostic certain, et sur laquelle nous appelons l'attention des praticiens.

Première observation. Le fils d'un marinier de Bar-sur-Ornain, âgé de onze ans, étant, le 15 juillet 1810, à jouer sur le port, monta sur un chariot sans ridelles, avec quelques autres enfans de son âge : il était sans habit, assis à droite au-dessus de l'essieu du train de derrière, et avait le visage tourné en avant. Pendant que les chevaux couraient, un mouvement brusque de son voisin l'obligea de s'incliner vers la roue, et d'appuyer l'avant-bras en pronation sur le moyeu, dont la rotation rapide engagea soudain, et successivement, la manche de la chemise, la peau de l'avant-bras,

puis celle du bras, entre celui-ci et la sellette [1], qui en était cependant à peine séparée d'un pouce. Le bras fut arrêté à l'aisselle ; il entraîna de ce côté le corps, qui, perdant l'équilibre, fut renversé en arrière et traîné quelques pas, le dos tourné vers la roue, jusqu'à ce que, averti par les cris de l'enfant et de ses compagnons, le voiturier arrêta les chevaux. Les assistans eurent la précaution de détacher la roue de son essieu pour dégager le bras, dont la peau se trouvait amincie par l'étreinte qu'elle avait essuyée entre le moyeu de la roue et la sellette. Elle était arrachée du côté interne seulement, depuis l'articulation huméro-cubitale, jusque vis-à-vis l'insertion du brachial antérieur ; celle de l'avant-bras l'était également dans toute l'étendue du côté externe, jusqu'à deux pouces de l'articulation radio-carpienne. Une petite partie de cette peau, complétement détachée, était restée adhérente aux pièces de bois, et la plus grande formait des lambeaux roulés sur eux-mêmes. Les deux plaies se réunissaient au pli du coude, où elles offraient le plus de largeur. Elles laissaient à découvert les portions des aponévroses brachiale et anti-brachiale qui leur correspondaient, et qui ne parurent nullement lésées. On remarqua encore, au côté externe de l'aisselle, une plaie transversale dont les bords étaient contus ; celle-ci avait peu d'étendue, mais assez de profondeur pour qu'on sentît à nu l'humérus en devant, et l'artère brachiale en arrière.

Le malade fut mis au lit, et après s'être assuré, autant que le gonflement et la douleur vive dont le bras était devenu le siége, le permirent, qu'il n'existait ni fracture ni luxation, on couvrit la plaie de l'aisselle avec de la charpie, et celles du bras et de l'avant-bras, d'abord avec les lambeaux,

---

[1] C'est ainsi qu'on nomme une pièce de bois ajustée sur l'essieu, pour supporter le chariot.

que l'on réappliqua, puis avec des emplâtres de cérat. Le tout fut enveloppé de compresses et d'un bandage à bandelettes, que l'on arrosa fréquemment avec une dissolution d'acétate de plomb. On prescrivit une potion anodine avec des boissons délayantes, et l'on fit deux saignées très-copieuses, à quelques heures d'intervalle.

Le troisième jour, au matin, M. Champion vit le blessé pour la première fois. Le membre était engorgé, tendu, et très-douloureux, principalement à l'épaule : on ne put le soulever qu'avec peine, pour renouveler l'appareil. La peau de la partie supérieure du bras offrait de larges ecchymoses. La fièvre était très-forte, l'abdomen tendu, et les membres inférieurs gonflés et très-sensibles au toucher.

On prescrivit de suite une saignée abondante, qui fut réitérée le soir. Douze sangsues furent appliquées autour de l'épaule. Après leur chute, le membre fut enveloppé, dans toute son étendue, d'un cataplasme composé de mie de pain et d'une décoction fortement chargée de feuilles et de baies récentes de belladone : ce cataplasme fut renouvelé le soir et arrosé fréquemment avec la même eau tiède.

Du 4 au 7, l'inflammation s'accrut et se propagea jusqu'aux parties les plus voisines du tronc, malgré la persévérance dans l'emploi des topiques stupéfians et des antiphlogistiques, tels que les saignées locales et générales, les boissons acidules, les lavemens rafraîchissans et la diète.

La plus vive douleur se fit constamment ressentir à l'épaule et au dessous de l'insertion du deltoïde, où l'on remarquait une dépression ou plutôt un étranglement circulaire, que l'on pouvait comparer à celui qui entoure le poignet des enfans en bas âge, chargés d'embonpoint, et que l'on chercha vainement à détruire par des scarifications.

La peau de la partie supérieure, interne et postérieure du bras, qui avait été contuse, se mortifia, ainsi que les lambeaux

que l'on avait rapprochés. Un cercle inflammatoire indiquait déjà les bornes du sphacèle ; les plaies restèrent presque constamment sèches, le pouls fut toujours serré et fréquent.

Le septième jour, un accablement qui s'était déjà un peu manifesté la veille, succéda à l'oppression des forces, et augmenta rapidement. Le soir, une douleur des plus aiguës se développa le long du tronc, du côté malade, depuis l'aisselle jusqu'à l'ombilic. Le pouls, déjà très-serré, se concentra davantage, la face se grippa, et le malade mourut dans la nuit.

M. Champion procéda à l'examen du bras malade, et observa ce qui suit : la mortification ne s'étendait pas au-de-là du tissu cellulaire sous-cutané ; les muscles n'avaient éprouvé aucune déchirure ; les faisceaux interne et postérieur du triceps brachial étaient les seuls engorgés et infiltrés d'un sang noir ; l'artère et les nerfs étaient intacts.

En cherchant plus profondément, on trouva l'épiphyse de l'extrémité scapulaire de l'humérus, séparée du corps de l'os, et restée en place, tandis qu'une autre portion s'était déplacée de quelques lignes en dedans. L'épiphyse avait entraîné avec elle une portion du périoste de la partie supérieure et interne de l'humérus, laquelle avait trois travers de doigt de longueur sur 14 à 15 lignes de largeur en haut, mesurée du bord interne ou postérieur de la gouttière bicipitale, à l'insertion du petit rond, et était terminée en pointe inférieurement, et découpée en franges jusqu'à la base. Immédiatement au-dessus de cette déchirure du périoste, le ligament orbiculaire et la capsule synoviale étaient rompus net, et sans découpure. Cette rupture, commune dans le milieu avec celle du périoste, s'en éloignait en devant, et remontait, en se prolongeant le long du pourtour de la tête, jusqu'auprès de l'insertion du sous-scapulaire ; en arrière, elle

était bornée à la partie inférieure de la cavité glénoïde. Enfin, un peu en dedans et sur la gouttière bicipitale, le périoste avait été déchiré et refoulé en haut; cet endroit correspondait à l'angle antérieur de la plaie axillaire. Les organes renfermés dans les trois cavités splanchniques n'offraient point d'altération.

M. Champion n'ayant vu le malade que le troisième jour après l'accident, lorsque l'inflammation avait gonflé tous les tissus et changé tous les rapports, n'avait pu reconnaître l'existence du décollement de l'épiphyse de l'humérus; n'ayant pu établir, sur le vivant, les signes pathognomoniques de cette maladie, et sentant de quelle importance ils pouvaient être pour l'avenir, ce praticien judicieux a cherché à tirer tous les signes possibles de l'examen du membre, après avoir préalablement détruit l'insertion humérale des muscles grand pectoral, grand rond et grand dorsal. A cet effet, après avoir saisi le bras avec la main gauche, il lui imprima des mouvemens en tous sens, tandis qu'avec la main droite, placée sous l'aisselle, il cherchait à reconnaître l'impulsion que recevait la tête de l'humérus. Il remarqua que, pendant le mouvement de circonduction et de rotation, cette éminence, n'étant nullement comprimée, obéissait comme lorsqu'elle était continue au corps de l'os; que si, après l'avoir fixée dans sa cavité, en l'appuyant fortement contre la voûte des éminences scapulaires, on reproduisait ceux de rotation qui devaient se passer entre les pièces disjointes : alors le mouvement de dedans en dehors était nul, et celui de dehors en dedans s'exécutait difficilement et sans crépitation bien sensible. L'élévation et l'abaissement du bras n'offraient rien de remarquable; mais quand, après l'avoir écarté du tronc, on lui imprimait un mouvement de bascule, en élevant le coude, l'extrémité libre de la diaphyse de l'os se déplaçait en

épaisseur du côté interne, d'où il résultait une saillie sensible sous l'aisselle et au-dessous de l'articulation, plus une dépression moins remarquable en dehors. Une légère extension et la conformation suffisaient pour rétablir le rapport des surfaces de l'os.

Ces données, quoique tirées de l'état des parties après la mort, peuvent servir, dans des cas semblables qui se présenteraient, à donner au diagnostic un plus grand degré de certitude et de précision, en tenant compte surtout de l'âge du malade et de toutes les circonstances qui ont accompagné l'accident. Quoique les parties charnues soient en général peu volumineuses chez les enfans, et rendent l'exploration du membre plus facile, il faudrait cependant mettre dans ses recherches autant de prudence que de retenue, de peur d'achever un décollement qui ne serait qu'incomplet, prolonger la maladie, et faire naître des accidens plus graves encore.

Deuxième observation. Charles Demarne, âgé de 13 ans, domicilié à Bar-le-Duc, eut, le 21 octobre 1816, le bas de la manche gauche de son habit entraîné par l'écrou de l'une des extrémités de l'arbre du gros tambour d'une carde anglaise servant à l'apprêt du coton, pendant que cette machine tournait avec la rapidité que peut lui imprimer un manége conduit par des chevaux.

L'avant-bras fut, pour ainsi dire, roulé jusqu'au coude à l'entour de l'arbre, et le corps de l'enfant fit sept tours avec la carde, malgré la promptitude des secours qu'on lui porta.

Cet accident avait eu lieu depuis une heure, lorsque M. Champion vit le blessé, qu'il trouva dans l'état suivant : l'avant-bras était fléchi, appuyé sur la face palmaire ; les os en étaient brisés, et le côté interne présentait une plaie, au travers de laquelle sortait un fragment du cubitus, de deux

pouces de longueur. Le bras, dont les tégumens étaient intacts, lui parut dans un état sain, à sa partie supérieure; mais, dans sa moitié inférieure, il était tors de devant en arrière et de dedans en dehors, de telle sorte que ce ne fut qu'après avoir fait exécuter trois tours en sens contraire à l'avant-bras, que M. Champion le rétablit dans sa position naturelle.

La stupeur du membre, le peu de gonflement qui existait, permirent de reconnaître facilement le décollement de l'épiphyse inférieure de l'humérus, et de distinguer que le corps de cet os était isolé, au milieu des chairs qui l'environnent, dans une assez grande étendue. L'amputation parut indiquée, et fut pratiquée sur-le-champ, au tiers supérieur du bras, après toutefois qu'on se fut assuré que le désordre n'atteignait pas l'articulation de l'épaule. Un éréthisme général suivit cet accident, et exigea l'emploi réitéré des saignées et des boissons rafraîchissantes, qui ramenèrent le calme; la guérison fut aussi prompte qu'heureuse.

La dissection de la pièce pathologique démontra que la solution de continuité de l'humérus dépendait de la disjonction de son épiphyse cubito-radiale, qui n'avait pas conservé la plus légère adhérence avec le corps de l'os. Cependant le décollement n'avait pas eu lieu d'une manière aussi parfaite que sur le sujet de la première observation; car on remarquait que la partie postérieure externe de la surface supérieure de l'épiphyse, au lieu de s'être disjointe seulement, comme partout ailleurs, s'était fracturée aux dépens du corps de l'os, dont elle avait entraîné une lame de l'épaisseur de l'ongle, de six lignes d'étendue transversalement, et de trois lignes de largeur de devant en arrière.

L'épiphyse conservait ses rapports avec les os de l'avant-bras, au moyen des ligamens latéraux. Les ligamens antérieur et postérieur, ainsi que la portion de synoviale qui leur corres-

pond, étaient déchirés au lieu même de la disjonction d'abord, puis au milieu de l'articulation, c'est-à-dire en face du contact des os.

La portion supérieure ou la diaphyse de l'humérus était entièrement dénudée du périoste, jusqu'à l'insertion du deltoïde à son bord externe. Le radius était fracturé complétement à sa partie moyenne, courbé et fracturé incomplétement à sa partie inférieure. Le cubitus n'était fracturé qu'à sa partie inférieure, et la portion de cet os, intermédiaire entre les deux solutions de continuité du radius, faisait saillie au-dehors.

Troisième observation. M. Champion a rencontré en 1810 le décollement de l'épiphyse de l'extrémité tarsienne du tibia gauche, sur un enfant à terme, mort, et encore contenu dans la matrice. Cet accident avait été causé par des tractions violentes et malentendues d'une accoucheuse de campagne, exercées sur le pied de l'enfant, tandis que la partie inférieure de la jambe était étroitement engagée entre un côté de la tête, placée transversalement dans le bassin, et les pubis.

Les tentatives d'extraction ayant été continuées après la disjonction de l'épiphyse et après la mort de l'enfant, les parties molles s'alongèrent; l'épiphyse abandonna ses rapports avec le corps du tibia; elle se déplaça en devant, permit au pied de prendre une direction parallèle à celle de la jambe, et, comme le talon, trouva une retraite dans le vide opéré par le déplacement du fragment et l'élongation des muscles: on avait cru, jusqu'à l'arrivée de M. Champion, que c'était la main qui s'offrait au toucher.

Les parens ne voulurent pas permettre que le membre de l'enfant fût disséqué : on remarqua seulement, après avoir rétabli les parties dans leur position respective, que l'extension laissait un intervalle assez considérable pour placer le pouce dans le lieu du décollement.

Quatrième observation. M. Jules Cloquet a décrit un cas singulier d'hydropisie du périoste, avec décollement des épiphyses, chez un fœtus hydrocéphale, âgé de 7 mois. Entre autres particularités remarquables, il note les faits suivans :

« Tous les os longs des membres offrent un semblable décollement du périoste, avec séparation complète de leurs épiphyses... Ses extrémités (de la diaphyse) sont séparées des épiphyses par un intervalle variable, qui a jusqu'à deux et trois lignes d'étendue. Les extrémités du cylindre osseux, au lieu d'être inégales et grenues, comme cela arrive quand on décolle les épiphyses sur un fœtus, par un effort violent ou par la macération, sont lisses, polies, recouvertes d'une membrane molle, rouge, fort tenace, difficile à isoler, et qui offre la plus grande analogie avec l'espèce de fausse membrane qu'on voit sur les extrémités d'un os nouvellement fracturé. La surface correspondante de l'épiphyse est revêtue d'une semblable membrane, seulement elle est un peu moins épaisse. La diaphyse de l'os ne tient plus au périoste que par le seul faisceau vasculaire qui s'introduit dans le principal conduit nourricier. »

Ces faits prouvent la possibilité du décollement des épiphyses des os longs par une violence extérieure ou des manœuvres imprudentes et maladroites. La thérapeutique de cette maladie doit varier suivant la cause qui l'a produite et les accidens qui se sont développés. Le traitement des fractures du col des os longs lui est généralement applicable. Il faut seulement que le bandage maintienne bien les pièces disjointes en rapport, et que les malades observent le repos le plus absolu.

LAURENT.

Sur *la luxation complète du tibia en avant.*

L'histoire des déplacemens variés dont les extrémités articulaires des os sont susceptibles, laisse peu à désirer depuis les travaux successifs de Fabre, Duvernoy, J. L. Petit, Desault, etc., et surtout depuis l'excellent ouvrage de M. Boyer, rédigé par M. Richerand. Tous les sens dans lesquels les os peuvent se déplacer, ont été indiqués par ces auteurs; mais plusieurs déplacemens l'ont été plutôt comme possibles que comme observés. De ce nombre se trouve la luxation complète en avant du tibia sur le fémur. En effet, lorsqu'on connaît l'étendue par laquelle les surfaces articulaires du tibia et du fémur sont respectivement en rapport, la force et le nombre des ligamens qui retiennent les os en contact, les muscles qui, venant du bassin et de la cuisse, passent sur l'articulation fémoro-tibiale, qu'ils solidifient, pour aller se fixer à l'extrémité supérieure du tibia, on conçoit aisément pourquoi quelques auteurs ont nié jusqu'à la possibilité de cette luxation, tandis que d'autres, en l'admettant, l'ont considérée comme un accident grave qui réclame l'amputation, se fondant sur ce qu'elle ne pouvait avoir lieu sans un délabrement considérable des parties molles. L'observation suivante offre donc un intérêt tout particulier, tant à cause du cas en lui-même, qu'à raison de l'absence totale des accidens consécutifs que j'avais lieu de redouter.

Le 6 juillet 1815, je fus appelé dans la salle civile des hommes de l'hôpital d'Auxonne, pour y examiner et soigner le nommé Jacquet Desgranges, de cette ville, qui venait d'être couvert en partie par un éboulement de terre, en travaillant aux réparations des fortifications de la place. Arrivé près de lui, je trouvai le pied gauche incliné en dedans, et la jambe presque étendue, avec raccourcissement : une dépression considérable existait au-dessus des condyles du fémur. Au premier abord, je soupçonnai l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure de cet os : car la tumeur qui existait au devant du genou, jointe aux mouvemens de flexion et d'extension que je pouvais faire exécuter à la jambe, mais qui, à la vérité, étaient douloureux, n'avait fait qu'augmenter mes doutes sur la nature de l'accident. Cependant, ce

premier examen me paraissant insuffisant, je cherchai à m'assurer de la position de la rotule; je la trouvai fortement refoulée en haut, et placée de champ, de manière que son bord inférieur était devenu antérieur, et le supérieur postérieur; elle s'appliquait, par sa face postérieure, sur la surface articulaire de l'extrémité supérieure du tibia, dont on sentait distinctement les côtés sous les tégumens; le tendon, ainsi que la portion inférieure des muscles extenseurs de la jambe, était fortement refoulé en haut, et dans le plus grand relâchement possible, état que partageaient aussi le couturier, le demi-tendineux, le demi-aponévrotique et le droit interne.

Je reconnus dès-lors que j'avais affaire à une luxation complète du tibia en avant, et j'en fus d'autant mieux convaincu, qu'en portant la main dans la région poplitée, je sentis distinctement les deux condyles articulaires du fémur. Je ne songeai plus qu'à opérer la réduction : pour cet effet, je fis exercer l'extension sur la jambe et le pied, tandis que je saisis la cuisse avec mes deux mains, vers sa partie inférieure, de manière à ce que les quatre doigts de chaque main fussent en arrière appuyés sur les condyles du fémur, et les deux pouces en avant sur l'extrémité supérieure du tibia : mes mains ainsi disposées, j'exerçai la contre-extension, et contribuai à l'extension par mes deux pouces placés sur le tibia, que je repoussai en bas; je jugeai en même temps, par la position de ces deux doigts, du chemin que l'extension, exercée par un aide, faisait parcourir à l'extrémité déplacée du tibia. Lorsque je crus cette extension suffisante, je pressai fortement en avant les condyles du fémur, qui, en reprenant leur place naturelle, firent un bruit, entendu par les assistans. Alors le genou reprit sa forme ordinaire, la rotule se replaça convenablement, et l'articulation put exécuter, sans douleur, les mouvemens de flexion et d'extension.

Je cherchai ensuite à m'assurer s'il n'y avait pas eu écartement ou diastase de l'extrémité supérieure du péroné avec le tibia; c'est dans cette recherche que je reconnus l'existence d'une fracture du péroné vers son tiers supérieur. J'appliquai de suite l'appareil convenable en pareil cas; mais je m'occupai plus particulièrement à combattre les accidens que je redoutais à la suite d'une luxation, dans laquelle tous les ligamens qui entourent l'articulation avaient dû être distendus et déchirés en partie ou en totalité, et surtout les ligamens croisés, sans la déchirure complète desquels la luxation n'aurait pu

s'opérer. Je ne me faisais pas illusion sur la facilité qu'avait l'articulation à s'enflammer et à suppurer. Je cherchai donc à m'opposer à ces accidens par la diète la plus sévère, les antiphlogistiques, les boissons délayantes et rafraîchissantes nitrées; je m'abstins de la saignée, parce que le pouls ne me parut pas assez élevé pour l'indiquer, et que d'ailleurs j'avais affaire à un sujet âgé de plus de cinquante ans, affaibli déjà par un mauvais régime, les travaux pénibles de la campagne, un relâchement général du système musculaire, et dans un état de crainte et de concentration porté au plus haut point. Je fis arroser fréquemment toute l'extrémité avec un mélange froid d'eau végéto-minérale et d'eau-de-vie camphrée; ces fomentations, faites jour et nuit, furent continuées pendant huit à dix jours, sans qu'il survînt le plus léger accident inflammatoire. J'eus le soin d'entretenir la liberté du ventre à l'aide des clystères émolliens, rendus parfois laxatifs par l'addition de quelques sels neutres ou du séné. La fracture du péroné se consolida en six semaines de temps environ, et Jacquet sortit de l'hôpital exerçant librement les mouvemens de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse; seulement il resta un état de faiblesse des muscles fléchisseurs du pied, qui résista à tous les moyens employés pour le faire disparaître; mais le malade n'en reprit pas moins son travail de manouvrier, comme par le passé. Chaque fois qu'il dégage le pied du sol pour le porter en avant et exécuter le pas, la jambe éprouve un mouvement de rotation qui porte la pointe du pied en dedans, en lui faisant décrire un arc de cercle qu'on ne peut attribuer qu'à la déchirure complète des ligamens croisés : il paraît que, dans l'état naturel, l'intégrité de ces ligamens contribue non moins puissamment que le tendon du biceps, fixé à l'extrémité supérieure du tibia, à empêcher le mouvement de rotation de la jambe en dedans, que tendent à lui imprimer les muscles qui s'attachent à la tubérosité interne du tibia, et spécialement le demi-tendineux. Chez cet individu, la seule action du biceps est insuffisante pour balancer celle de ses antagonistes : ces derniers l'emportent, et font exécuter à l'os de la jambe, et par suite au pied, un mouvement de rotation qui, dans l'état naturel, ne peut avoir lieu, parce que les deux efforts en sens opposé se détruisant mutuellement, il n'en résulte qu'une flexion en ligne droite de la jambe sur la cuisse.

Cette articulation, entourée de peu de parties molles, ne

n'a pas permis de prendre le change sur l'étendue du déplacement. Sans doute l'on ne m'accusera pas d'avoir confondu une luxation incomplète avec une luxation complète. S'il restait encore quelques doutes sur la réalité de mon observation, la remarque suivante la ferait disparaître : la jambe, qui était plus courte que celle du côté opposé, quoique presque entièrement dans l'extension (ce qui, au premier abord, m'avait fait soupçonner une fracture de l'extrémité inférieure du fémur), pouvait être fléchie, ce qui n'a jamais lieu dans les luxations incomplètes, où les surfaces articulaires se touchent encore, mais incomplètement, et où tout mouvement de flexion et d'extension est impossible, puisque, à l'instant même où il a lieu, la maladie a disparu : c'est même le signe pathognomonique à l'aide duquel on peut distinguer une luxation complète de celle qui est incomplète, dans une articulation ginglymoïdale.

D'après Heister [1], l'accident qui fait le sujet de cette observation est infiniment rare, et par cela même il mérite qu'on le considère avec quelque attention. « Cette luxation (du tibia) peut se faire, dit-il, en dedans, en dehors, en arrière, mais jamais ou très-rarement en avant, à moins que la partie ne souffre une violence extrême. » Je ne pense cependant pas, avec cet estimable auteur, que la rotule fixée sur la portion antérieure de l'articulation du tibia avec le fémur, par les tendons extrêmement forts des muscles extenseurs de la jambe, s'oppose à cette espèce de luxation. Le fait que je rapporte prouve aussi que cette luxation n'est pas toujours suivie des violentes douleurs qu'il dit l'accompagner ordinairement, ni des convulsions et de la mort, puisque j'ai pu fléchir et étendre la jambe de Jacquet sans qu'il ait éprouvé une douleur plus vive que celle qu'on ressent dans toute autre luxation, lorsqu'on cherche à imprimer des mouvemens à l'articulation luxée. Cette opinion erronée me paraît tirer sa source d'une sensibilité exquise, attribuée au système fibreux à l'époque où écrivait Heister. Des recherches ultérieures sur la sensibilité des tendons et des ligamens, ont à la vérité démontré que c'était en les distendant, en les tiraillant, qu'on développait la sensibilité animale de ces tissus, et je crois bien qu'à l'instant où la luxation a eu lieu, le

---

[1] *Instit. de Chirurg.*, tome I, page 506.

malade qui fait le sujet de cette observation a dû éprouver une vive douleur; mais elle a dû cesser aussi dès que la rupture des ligamens a été opérée : les parties restées intactes ne le devant qu'au relâchement dans lequel les a mis le déplacement complet de l'os, ne peuvent pas produire les accidens formidables qu'Heister dit accompagner ordinairement cette luxation.

C'est à juste titre qu'on peut redouter une fausse ankylose à la suite de cet accident. Cependant, comme l'ankylose est le plus souvent la suite d'une inflammation qui s'est emparée de la membrane synoviale d'une articulation dans laquelle il y a eu soudure plus ou moins complète des surfaces articulaires, favorisée par la longue inaction à laquelle elle a été condamnée, l'observation que je rapporte prouve qu'on peut s'attendre à une guérison exempte de cette incommodité pour la suite, lorsqu'on a pu empêcher le développement de l'appareil inflammatoire, et que de bonne heure on a imprimé des mouvemens de flexion et d'extension à la jambe.

Heister dit avoir réduit une luxation complète en arrière du tibia, qui ne laissa dans le genou qu'une tumeur et de la douleur, lesquelles persistèrent pendant plusieurs semaines, et que des fomentations résolutives dissipèrent complétement. Cette observation, à la véracité de laquelle je me plais à croire, quoique l'auteur n'ait pas fait connaître l'état dans lequel se trouvaient les parties avant la réduction de la luxation, et ses signes caractéristiques, est en contradiction avec l'opinion émise dans les leçons de M. Boyer, rédigées par M. Richerand, sur les maladies des os [1], où il est dit que *la luxation du genou en arrière est toujours incomplète : car, pour qu'elle fût entière, il faudrait un déchirement énorme dans les parties molles qui affermissent cette articulation.*

Ici se présente une réflexion : il me semble que la luxation complète du tibia en arrière doit exiger un effort plus considérable, pour avoir lieu, que celle en avant. Un obstacle puissant s'oppose à la première, c'est le ligament inférieur de la rotule, tandis qu'il n'existe aucune puissance aussi forte pour s'opposer au déplacement en avant. Conséquemment je ne puis donc pas croire que la luxation en avant soit plus dif-

[1] Tome II, page 169.

ficile que celle en arrière, parce que tous les ligamens du genou, et la plupart des tendons qui l'environnent, étant placés plus près de sa partie postérieure que de l'antérieure, sont disposés de manière à prévenir la trop grande extension de la jambe, attendu que, quand bien même elle aurait lieu, le ligament inférieur de la rotule mettrait obstacle à la luxation complète en arrière. L'une et l'autre de ces luxations ne peuvent arriver sans la rupture des ligamens croisés; mais il n'est pas nécessaire, pour que la luxation en avant s'opère, que la rupture des tendons du couturier, du demi-tendineux et du demi-membraneux survienne; il est d'autant plus naturel de le croire, que, la luxation effectuée, ils sont dans un état de relâchement par le rapprochement de leur point d'insertion inférieur du supérieur; et comme ils n'ont pas dû être distendus dans l'instant où la luxation s'est effectuée, qu'il n'y a eu, pour parler le langage de Celse, que glissement des surfaces articulaires, on voit évidemment que c'est à tort qu'on a prétendu que, pour que cette luxation s'effectuât, il fallait que la rupture du tendon de ce muscle eût lieu.

Dans les différentes espèces de luxations dont le fémur est susceptible, on n'a pas prétendu qu'il devait y avoir déchirement des muscles nombreux qui entourent et affermissent l'articulation fémoro-tibiale. Cependant, dans ce cas, la tête de l'os s'éloigne d'une cavité profonde dans laquelle elle est reçue, pour se porter en différens sens; des muscles forts et plus ou moins nombreux, suivant l'espèce de déplacement, sont tiraillés, distendus outre mesure; les efforts qu'on est obligé d'exercer pour pratiquer la réduction, augmentent encore cette distension, en éloignant de plus en plus les points d'insertion des muscles; cependant on ne craint pas de voir survenir leur rupture. Je pourrais pousser plus loin ces recherches, en rappelant ici les expériences faites sur la fibre motrice, et le dégré de distension qu'elle peut subir sans se rompre. Mais il me semble qu'en voilà assez pour démontrer qu'on a eu tort d'avancer que, pour que la luxation complète du tibia en avant eût lieu, il faudrait que la rupture des tendons qui affermissent cette articulation s'effectuât.

Enfin, en admettant que la luxation entraîne le déchirement plus ou moins complet des ligamens qui entourent cette articulation, déplacement qui ne peut guère s'effectuer sans cette condition, je crois qu'on a exagéré les accidens de la luxation complète du tibia en avant, faute d'en avoir observé

les résultats. Les Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie contiennent des cas d'arrachement de doigts et de leurs tendons, qui n'ont été suivis d'aucun accident. On a même vu un bras être arraché par une aile de moulin, et l'individu, forcé d'aller à une certaine distance réclamer les secours de l'art, guérir sans accidens. Certes, c'était dans de pareilles circonstances qu'on avait tout lieu de les redouter, plus que dans l'espèce de luxation qui m'a suggéré ces réflexions. Je crois donc que le conseil donné par M. Richerand [1] est le seul que doit suivre tout praticien prudent; il consiste à employer le traitement des fractures compliquées, et à n'en venir à l'amputation que lorsqu'il y a eu rupture de la peau, avec ouverture de l'articulation dans une certaine étendue. Recourir trop précipitamment à l'amputation, c'est s'exposer à priver le malade d'une extrémité qu'il eût été possible de lui conserver, avec un peu de soin et d'attention. L'homme de l'art ne doit en venir à ce moyen extrême que lorsqu'il ne lui reste plus aucune autre voie de guérison, et après avoir vainement tenté toutes les ressources que possède la chirurgie.

J. M. LAVALETTE.

OEUVRES *complètes de Bordeu, précédées d'une Notice sur sa vie et sur ses ouvrages*, par M. le chevalier RICHERAND. Paris, 1818. 2 vol. in-8°. de 1044 pages.

(Premier Extrait.)

Théophile Bordeu est un des médecins les plus célèbres que la France a vus naître. De nos jours on paraît l'oublier : beaucoup de jeunes médecins ne le connaissent que de nom, et, sans la nouvelle édition de ses OEuvres, plusieurs d'entre eux sauraient seulement qu'il fut l'auteur d'un traité sur les glandes, et d'un autre sur le tissu muqueux, parce que Bichat l'a dit dans son *Anatomie générale*. Il est à désirer que le goût de l'érudition se répande en France; mais nous entendons parler d'une érudition vraiment utile, et non de celle qui ne se compose que de la connaissance des titres et des meilleures

---

1 *Nosograph. chirurg.*, t. III, p. 283.

éditions des livres. Annoncer que tel ouvrage d'un écrivain célèbre fut publié dans telle ville et à telle époque, c'est faire voir qu'on est versé dans la science bibliographique, mais ce n'est en aucune manière prouver que l'on possède la véritable érudition, c'est-à-dire la connaissance raisonnée de tout ce qui a été écrit sur une science quelconque. Cette connaissance si utile au médecin ne s'acquiert que dans les livres originaux, et non dans les répertoires, tels que ceux de Haller, de Manget, de Ploucquet : on ne doit puiser dans ces compilations que l'indication des livres qu'il est bon de consulter.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler de l'influence que les vues éminemment fécondes de Bordeu ont exercée sur la marche de la science médicale [1]. Il nous reste à donner au lecteur une idée des travaux de ce grand homme, et à lui inspirer le désir de méditer ses importans ouvrages.

Les *OEuvres complètes* de Bordeu se composent de douze traités, rangés dans l'ordre de leur publication. Tous n'inspirent pas le même intérêt ; aucun n'est complétement indigne de l'auteur.

I. Le premier, intitulé *De sensu genericè considerato*, n'est que la thèse soutenue à Montpellier, en 1742, par Bordeu, alors âgé de vingt ans [2]. Dans cette Dissertation on trouve le germe des grandes idées que depuis il appliqua, avec tant de talent, à la physiologie et à la pathologie.

D'après Leeuwenhoeck, il admet que les nerfs sont composés de fibres *qui paraissent un peu tordues et plissées*, et douées d'une force en vertu de laquelle, dès qu'on les divise subitement, l'une et l'autre portion se rétractent en sens inverse, et s'éloignent. C'était commencer par une erreur : on sait que les fibres nerveuses, loin de se contracter quand on les coupe, s'alongent pour ainsi dire, et chevauchent les unes sur les autres.

Toute sensation est due aux nerfs, dit-il : quelle est la cause prochaine de l'exercice du sentiment? Ce problème lui paraît n'avoir pas été résolu par les anciens, non plus que par Argentier, Harvey, Fernel, Willis, Mayow, Sylvius de le Boë, Vieussens, Borelli, Rondelet, Boerhaave, Lieutaud, et tant d'autres dont il combat les opinions avec le raisonnement, et

---

[1] *Voyez* p. 43, de ce volume.

[2] Il naquit le 22 février 1722, à Iserte, et mourut à Paris en 1776, le 23 novembre.

surtout avec l'ironie, dont il sut toujours se servir très-heureusement. Après avoir attaqué des hypothèses, il propose la sienne, et croit expliquer le mécanisme des sensations, en l'attribuant au *redressement* et au *déplissement* des fibres nerveuses. Cette vibration, dit-il, a été vue par Swammerdam [1]. Enfin, il considère le mouvement vital comme étant double, ou plutôt il admet un mouvement individuel, ou *tonique,* ainsi que l'appelait Stahl, ou *fibrillaire*, comme disait Ferrein, et un mouvement musculaire. A ces deux espèces de mouvement il rapporte toutes les fonctions du corps vivant, auxquelles président, suivant lui, les nerfs et le cerveau.

II. Dans sa Dissertation qui a pour titre : *Chilificationis historia* [2], Bordeu commence à se servir de sa théorie pour tracer le tableau de l'une des plus importantes fonctions. Il parle très-succinctement de la faim, puis des alimens et des boissons, de la mastication, de l'insalivation, de la déglutition des solides et de celle des liquides, des changemens que subissent les *ingesta* dans l'estomac, de l'élaboration du chyme dans les intestins, du mouvement de ceux-ci, et de son usage. Il ne se déclare pour aucune des hypothèses admises par les auteurs qui l'ont précédé, mais il les adopte toutes, et pense que la digestion stomacale est le résultat de la pénétration des alimens par les liquides que fournissent les glandes salivaires et la membrane interne de l'estomac, ainsi que de leur trituration par les contractions de ce viscère. Il croit qu'alors les végétaux commencent à fermenter, les substances animales à se putréfier, et que, de toutes ces actions soumises à l'influence vitale, résulte le chyme, dont il examine ensuite les modifications successives.

Dans cette thèse remarquable, Bordeu fait preuve de connaissances exactes en anatomie ; il s'annonce comme le digne précurseur de Bichat et de nos autres physiologistes modernes ; mais il est juste d'avouer que Haller lui avait tracé la route.

Nous ne nous arrêtons pas plus long-temps sur ces deux

---

[1] *Sententiam proponere liceat, quam postulatis atque demonstratis, consentaneam magis putamus, equidem revoca fibrillulis nervorum rugæ datas, atque curvaturas.... iis utimur, phænomena nervorum explicant et omnia ; est etenim dispositio hæc, conformata motui cuidam recipiundo, qui quod corporeum est in sensatione præstat vix porro angulorum latus moveatur, quin aliud motum etiam recipiat ; vibrationem hanc in nervulo puncto vidit Swammerdam.* (*Pars 7, tom. I.*)

[2] Publiée pour la première fois à Montpellier en 1743.

Dissertations ; toutes les propositions qu'elles renferment se retrouvent dans les ouvrages plus considérables de Bordeu.

III. Ses *Recherches anatomiques sur les articulations des os de la face* sont un modèle d'exactitude. Elles démontrent jusqu'à quel point il avait étudié la structure et les rapports des diverses parties du corps humain. Personne avant lui n'avait donné des descriptions aussi minutieuses ; mais il prouva qu'un homme de génie peut déduire de belles conséquences de faits en apparence insignifians. Tout ce qu'on lit, dans les nouveaux traités de physiologie, sur l'utilité des articulations si variées des os de la face, est tiré de cette Dissertation, que Bordeu adressa à l'Académie royale des Sciences.

IV. Il n'avait encore rien publié qui méritât de passer à la postérité, quand, en 1752, il vint à Paris, et y fit paraître ses *Recherches anatomiques sur la position des glandes et sur leur action.* Ce Traité n'avait point pour objet, quoi qu'en dise M. Richerand, de *prouver que la sécrétion des humeurs dont les organes sont chargés, consiste en une véritable élaboration du liquide dont le sang fournit les élémens, et non point dans une simple séparation, comme le terme de sécrétion semblerait l'indiquer* [1]. Bordeu débute par annoncer que son ouvrage n'est qu'*un essai sur l'explication du mécanisme de l'excrétion des différentes humeurs qui viennent du sang* [2]. Après avoir dit qu'on doit *animer* l'anatomie, et ne pas la réduire à la description stérile et ennuyeuse des parties, il ajoute : « Pour moi, je ne considère jamais l'état sain sans considérer l'état de maladie ; je les examine l'un avec l'autre ; je m'étudie à les connaître l'un par l'autre : j'ai fait cet ouvrage en suivant ce plan.... Du reste, je n'ai pas examiné la façon dont les humeurs concourent aux sécrétions et aux excrétions, et les changemens qu'elles souffrent pour s'y préparer.... J'ai regardé les humeurs comme faites dans le sang ; j'ai considéré les forces qui les dirigent vers un organe, et celles qui les y séparent [3].» Ces derniers mots sont évidemment en contradiction avec ce que dit l'élégant biographe.

Bordeu examine d'abord les opinions de Malpighi et de Ruysch sur la structure des glandes ; il ne se range du parti ni de l'un ni de l'autre, et semble vouloir rester neutre ; mais on

---

[1] *Notice sur la vie et les ouvrages de Bordeu*, page vij.
[2] Tome I, page 45.
[3] Tome I, page 48.

retrouve dans toute cette section une piquante ironie, que personne mieux que Bordeu n'a su employer, et qui paraît n'avoir pas été remarquée par quelques personnes. En veut-on un exemple? Il commence ainsi : « Tout le monde connaît assez les glandes ; les remarques de M. Heister, quelles qu'elles soient, dispensent peut-être, autant qu'elles dégoûtent, d'en donner une définition. » Si Bordeu a mis dans la conversation le sel qu'il prodigue dans presque toutes ses productions, il a fourni non pas une excuse, mais un prétexte à la méchanceté de ses ennemis. Dans ses *Recherches sur les glandes*, on le voit sans cesse saisir avec avidité l'occasion de verser le ridicule sur Lieutaud. Y avait-il calcul de sa part? En attaquant avec chaleur, et surtout avec raison, ce médecin, qui jouissait d'une grande réputation, a-t-il voulu fixer l'attention sur lui? on doit plutôt penser qu'il s'est laissé aller à toute la fougue qu'inspire le climat brûlant du midi. D'ailleurs, est-ce par la calomnie qu'on doit répondre à des épigrammes? Quoi qu'il en soit, en général, dans les travaux purement scientifiques, il est inconvenant d'employer l'ironie, qui blesse toujours celui qu'on attaque, sans convaincre personne.

Après avoir indiqué la position des glandes avec une exactitude minutieuse, il prouve, par des argumens tirés de leurs rapports avec les parties environnantes, ou déduits de diverses expériences, dont quelques-unes sont superflues ou même puériles, que ces organes ne sont pas susceptibles d'être *comprimés* au point de laisser échapper les liquides qu'ils renferment.

Bordeu avait trop d'imagination pour jamais suivre un plan régulier. A l'occasion d'un sujet, il s'occupe d'un autre, pour revenir brusquement à celui qu'il avait quitté. Par exemple, il rallie à ses réflexions sur la position de la thyroïde et du thymus, des observations qui n'ont aucun rapport avec le but général de l'ouvrage; il disserte longuement sur les petits trous et fissures qui traversent l'épiglotte. Mais veut-on savoir comment il jette tout à coup une de ces remarques qui annoncent un esprit aussi pénétrant que judicieux? écoutons-le. Après avoir dit : « Le thymus ne doit pas être regardé précisément comme tenant la place du poumon dans la cavité de la poitrine, mais comme recevant, dans le fœtus, une certaine quantité de sang, dont il vient à être privé lorsque l'enfant respire ; il se *rappetisse*, non point parce qu'il est comprimé, mais parce que, ne recevant point la même quantité d'hu-

meurs, il ne peut faire l'équilibre nécessaire et résister aux parties du voisinage, etc. » Il examine l'opinion de ceux qui attribuent la réduction du thymus à un petit volume, à la compression exercée sur lui par le poumon; puis il ajoute: « Il pourrait être dangereux de donner ce sentiment pour vrai; on viendrait à le croire et à ne plus chercher au thymus un autre usage, qu'on parviendra peut-être à trouver un jour. »

De l'examen des changemens que subissent les organes de la génération dans l'excrétion du sperme, il passe à l'exposé de ceux qui ont lieu dans l'excrétion du lait. Il applique à cette excrétion ce qu'il a dit de l'autre, puis il étend ses remarques jusqu'à l'excrétion de la salive. De ce que la verge titillée s'érige, se redresse par l'effet du stimulus, et se dispose, pour ainsi dire, à expulser la semence appelée vers l'orifice du conduit excréteur irrité, il conclut que, par un mécanisme analogue, la salive, les larmes, les sucs de la thyroïde, ceux du thymus, s'ils existent, l'humeur du pancréas, l'urine, sont expulsés hors des organes qui les sécrètent. Se résumant ensuite, il attribue l'excrétion, non pas à une compression mécanique exercée par les glandes, mais à l'action propre de ces organes, qui sont d'abord irrités, puis se gonflent, se durcissent, se replient, se roulent sur eux-mêmes, entrent dans une espèce de convulsion ou d'état spasmodique, et font enfin jaillir le liquide pressé de toutes parts par les contractions et la turgescence alternatives du tissu glandulaire. La nature a dû ménager à chaque glande une *niche* particulière où elle peut *contourner* librement. Bordeu fait jouer un grand rôle à l'influence nerveuse dans l'excrétion des humeurs. Il répond avec plus ou moins de force à toutes les objections qu'il présume pouvoir lui être faites. Si l'on s'abandonne au torrent des raisonnemens qu'il entasse avec une profusion dont il est peu d'exemples, on ne tarde pas à se laisser éblouir, à prendre tout ce qu'il dit pour autant de faits démontrés. Si, tombant dans un excès contraire, on s'arrête trop aux hypothèses souvent brillantes qu'il accumule; si l'on se laisse rebuter par l'abus qu'il fait de l'analogie, on méconnaît de grandes vérités trop fréquemment cachées sous un oripeau toujours ridicule. C'est ce qui est arrivé à Sprengel, qui a fort mal jugé Bordeu. Il lui accorde à peine quelques pages dans son *Histoire de la Médecine*, ce qui prouve évidemment qu'il a méconnu l'importance des recherches du médecin qui a su mieux que per-

sonne féconder et perfectionner les systèmes de Stahl et de Van Helmont.

De la recherche du mécanisme de l'excrétion, Bordeu passe à celle du mécanisme de la sécrétion, qu'il place sous l'influence vitale, et qu'il attribue en grande partie à l'action nerveuse. Outre le *sentiment général* répandu dans tous les organes, il accorde à chaque glande un *sentiment spécial* qui préside à la sécrétion. Il compare cet organe à l'œil qui, outre le sentiment en vertu duquel il vit, a, de plus, un autre mode de sensibilité qui préside à la vision. Les humeurs affluent vers la glande, quand les nerfs qui s'y distribuent sont irrités. « Les humeurs portées dans les vaisseaux, ou, si l'on veut, dans les follicules des glandes, n'ont que deux routes à prendre, celle du vaisseau sécrétoire ou celle de la veine, ou *peut-être celle des lymphatiques veineux*. Les humeurs encore mêlées vont heurter aux orifices des petites veines et du vaisseau sécrétoire; mais ces orifices sont munis chacun de leur espèce de petit sphincter et de quelques fibrilles nerveuses; ils pourront donc se serrer ou se dilater selon le besoin, et cela arrivera suivant l'irritation faite aux nerfs; une secousse trop forte fera fermer l'orifice du sécrétoire; une trop faible ne l'agacera pas assez pour qu'il s'ouvre; il faut un certain rapport entre la partie qui fait effort pour ouvrir les sphincters, et les nerfs qui dirigent ses orifices. La sécrétion se réduit donc à une espèce de *sensation*. » On trouve dans ce passage l'origine des propriétés vitales organiques de Bichat et des physiologistes qui l'ont imité. On reconnaît mieux encore la classification physiologique adoptée par l'un de nos plus habiles chirurgiens, dans le tableau suivant, tracé par Bordeu :

1°. Fonctions générales.	sentiment en général ; mouvement en général.
2°. Fonctions avec mouvement évident, mais sentiment occulte. . .	l'assimilation ; la respiration.
3°. Fonctions avec sentiment évident, mais mouvement occulte.	les sens externes ; les sens internes.
4°. Fonctions spécialement affectées à l'individu.	la génération ; fonctions du fœtus.

On voit clairement que Bordeu a mis sur le compte de l'action du système nerveux, ce qui n'en fait pas partie, au

moins d'une manière incontestable. Au lieu de rallier tous les mouvemens vitaux au sentiment, et de supposer celui-ci où il n'existe réellement pas, il aurait dû recourir à l'irritabilité, faculté en vertu de laquelle les tissus vivans réagissent sur les corps étrangers mis en rapport avec eux [1].

Loin d'oser décider si les humeurs sécrétées ont été *formées* par les glandes, ou si ces organes ne servent qu'à les séparer, il expose les raisons qui militent en faveur des deux opinions, et fait remarquer quelle influence l'une et l'autre peuvent avoir sur la pratique. « Il serait bien utile, dit-il, que l'on décidât ces questions une fois pour toutes, et qu'on les approfondît un peu. On déciderait en même temps si les médicamens peuvent altérer, sur le sujet vivant, la masse des humeurs, et changer ou suspendre les mouvemens qu'on appelle spontanés; s'il y a à compter, et jusqu'à quel point, sur cette sorte de remède. » Cependant il penche pour la négative, puisqu'il ajoute : « Mais faut-il hésiter de se déterminer sur ces matières, lorsqu'un des plus grands praticiens que la médecine ait eus, lorsque le plus grand des chimistes, lorsque Stahl enfin, n'hésite pas à avancer qu'un médicament altérant est *rara avis in terris*. Qui opposera-t-on aux décisions de ce réformateur de la médecine? Trouvera-t-on quelque antagoniste digne de lui? »

Sous le titre de *départemens* des glandes, Bordeu traite assez au long de ce que, depuis, on a nommé *sympathies*. Ce serait un travail long et difficile, que de faire connaître tout ce qu'il dit sur ce sujet important. Qu'on sache seulement que Bichat doit à Bordeu un grand nombre des plus belles pages de son *Anatomie générale*. Nous aurons bientôt de nouvelles occasions de faire cette remarque, qui ne nous est inspirée par aucune animosité contre l'auteur du *Traité des Membranes*, mais plutôt par le désir d'être juste envers Bordeu.

Si nous voulions signaler tout ce qu'il y a d'important, de profond dans le Traité dont nous venons de parler, il faudrait en analyser chaque paragraphe. Nous préférons en recommander la lecture à ceux qui ne le connaissent pas, et même à ceux

---

[1] Nous engageons ici le lecteur à relire l'article *irritabilité* du *Dictionaire des Sciences médicales* (Tome XXVI, p. 94); il trouvera quelle idée l'on doit se faire, dans l'état actuel de la philosophie médicale et de la physiologie, de cette propriété qui caractérise les tissus organisés vivans.

qui ont cessé de le méditer depuis fort long-temps. Néanmoins, avant de finir sur cet ouvrage, qui contient tous les principes de la physiologie enseignée de nos jours, peut-être ne sera-t-il pas peu piquant de rapporter ici le passage suivant : « On a prétendu, dit Bordeu, introduire le système de Stahl à Montpellier, vers l'année 1737.... Messieurs les professeurs ont, pour ainsi dire, gardé le silence ; du moins il n'y en a pas eu qui ait écrit contre ce système naissant : est-ce qu'il n'en valait pas la peine? ou bien s'est-on tu de propos délibéré, parce qu'on savait que le silence est l'écueil de toutes les sectes, et que ceux qui proposent des systèmes singuliers se corrigent, ou du moins se rebutent lorsqu'on ne paraît pas faire attention à ce qu'ils veulent répandre? Il est pourtant vrai qu'on a souvent mêlé, à Montpellier, *ridiculum acri* dans les disputes qu'il y avait sur cette matière ; mais est-ce ainsi qu'il faut procéder en physique et en médecine? Pourquoi ne pas combattre une opinion que l'on croit mauvaise, par de bonnes raisons? »

V. *Recherches sur les crises.* Dans ce Traité, qui n'est qu'un article de l'*Encyclopédie*, Bordeu commence par exposer quelles furent les opinions d'Hippocrate, de Galien, d'Archigène et de leurs successeurs, sur les crises. Son esprit indépendant lui fait avouer que le médecin de Cos, « a eu tort de se presser d'établir des règles générales. Ses Epidémies, dit-il, doivent justifier ses Aphorismes, sans quoi ceux-ci manquant de preuves, ils peuvent être regardés comme des assertions sur lesquelles il ne faut pas compter. » Il passe en revue les opinions des Arabes, des écrivains les plus remarquables du moyen âge, et enfin celles d'Arnauld de Villeneuve, de Paracelse, de Van Helmont, de Sylvius de le Boë, de Baglivi, de Barbeyrac, de Sydenham, de Stahl, d'Hoffmann, de Boerhaave. A l'occasion de ce dernier, il s'égaye malicieusement aux dépens de Haller. « S'il s'agit, dit-il, d'un petit muscle, d'une figure anatomique, d'une discussion curieuse, M. Haller ne s'épargne point ; il cite des auteurs avec une abondance qui fait honneur à son érudition ; il fait mille pénibles recherches ; il instruit son lecteur en le conduisant dans tous les coins de sa bibliothèque ; et lorsqu'il s'agit des matières de pathologie, il n'a rien à dire, rien à citer. » Venant ensuite à ce qu'il appelle le *chiracisme*, dans lequel les crises sont mises au nombre des chimères, il ne le condamne pas d'une manière formelle, mais l'ironie qu'il emploie dé-

montre qu'en paraissant vouloir rester neutre, ce qu'il a fait trop souvent, son intention était de laisser entrevoir qu'il penchait pour les opinions des anciens. Il fait ensuite une critique mordante d'une Dissertation du docteur Normand, de Dôle. On verra plus tard que ce n'est pas seulement dans cet ouvrage que Bordeu a donné cours à son penchant pour la critique. Mécontent de ceux qui adoptent et de ceux qui rejettent tout ce qui a été dit en faveur des crises, il termine en disant que l'appréciation des opinions, sur ce sujet important, regarde plus particulièrement les médecins au-dessus du commun; mais il ajoute : « Ceux qui se contenteraient de suivre leurs idées, leurs systèmes, et non la nature, ne pourraient que former d'inutiles ou de dangereux romans, fort éloignés du but qu'on doit se proposer. Les observateurs même qui se réduisent à ramasser des faits, sans avoir assez de génie pour distinguer les bons et les mauvais, n'en approcheraient pas de plus près. » Enfin, il pense que les praticiens les plus répandus n'ont pas assez de temps à eux : outre qu'ils ont des idées passagères qu'ils ne peuvent rendre, et qui se renouvellent au besoin, mais que le besoin seul fait reparaître, et non la réflexion, il est rare qu'ils puissent être atteints, lorsque leur réputation est déjà établie, de la passion de faire des réformes générales dans l'art. Ces réflexions expliquent la lenteur des progrès de la médecine. « Il y a, dit-il, des questions qui sont réservées pour les *législateurs de l'art*; j'appelle un *législateur de l'art*, le médecin philosophe qui a commencé par être *témoin*, qui de *praticien* est devenu *grand observateur*, et qui, franchissant les bornes ordinaires, s'est élevé au-dessus même de son état. Ouvrez les fastes de la médecine; comptez les législateurs! »

VI. *Recherches sur le pouls par rapport aux crises.* Après avoir été attaquée et défendue avec chaleur, la doctrine consignée dans cet ouvrage tomba dans une sorte d'oubli. De nos jours on la voit renaître, sinon toute entière, au moins dans ses principales divisions : c'est pourquoi nous croyons devoir dire, en peu de mots, ce que Bordeu a établi sur le caractère des diverses espèces de pouls.

Il examine d'abord quel est l'état du pouls dans l'enfance et dans la vieillesse; entre ces deux extrêmes, il trouve le type du pouls dans l'âge adulte. C'est dans l'égalité et l'inégalité des pulsations qu'il cherche principalement les caractères qui peuvent servir à en distinguer les diverses espèces.

Le pouls *naturel* est égal : ses pulsations se ressemblent parfaitement ; elles sont à des distances parfaitement égales. Il est mollet, simple, libre, point fréquent, point lent, vigoureux sans paraître faire aucune sorte d'effort. Une cause quelconque venant à agir, ce pouls devient fréquent, vif, dur, sec, pressé, sans cesser d'être égal ; et c'est ce qu'on appelle pouls d'*irritation* ou *non critique*. Quand, au contraire, il devient saillant, plein, fort, fréquent et souvent inégal, Bordeu lui donne les noms de *développé, dilaté, critique*.

S'il est égal, il annonce en général des évacuations, sans indiquer de quelle espèce elles seront. Sans ce pouls, les crises sont incomplètes.

Le pouls *critique* est ou *supérieur* ou *inférieur*, c'est-à-dire qu'il peut annoncer la crise par les organes sus ou sous-diaphragmatiques.

Le pouls *supérieur* est remarquable par une réduplication précipitée dans les pulsations des artères ; cette réduplication, qui le constitue essentiellement, ne paraît être que le fonds d'une seule pulsation partagée en deux temps ou en deux pulsations. Elle est sujette à laisser de temps en temps des intervalles plus ou moins longs, plus ou moins fréquens, selon la nature ou le degré de la maladie.

Le pouls *supérieur* peut être *pectoral, guttural*, ou enfin *nasal* ou *capital*. Ces trois variétés se montrent seules ou réunies, ce qui constitue le pouls *supérieur simple* et le pouls *supérieur compliqué*.

Le pouls *pectoral* simple est mou, plein, dilaté ; ses pulsations sont égales ; on sent dans chacune une espèce d'ondulation, c'est-à-dire que la dilatation de l'artère se fait en deux fois, mais avec une aisance, une mollesse et une douce force d'oscillation.

Le pouls *guttural* simple est fort, avec un redoublement dans chaque battement ; mais il est moins mou, moins plein, souvent plus fréquent que le pouls *pectoral*. Il paraît tenir le milieu entre celui-ci et le pouls *nasal*.

Ce dernier est redoublé, ainsi que le pouls *guttural ;* mais il est plus plein, plus dur ; il a beaucoup plus de force et de célérité.

Le pouls *inférieur* a pour caractère principal d'être irrégulier, c'est-à-dire que les pulsations sont inégales entre elles, et ont des intervalles inégaux quelquefois si considérables, qu'ils forment de véritables intermittences, selon l'espèce de

pouls *inférieur,* et selon que cette espèce est plus ou moins déclarée. On trouve aussi assez souvent une sorte de sautillement de l'artère; ce sautillement sert beaucoup à caractériser le pouls *inférieur,* qui n'est jamais aussi développé, aussi souple, aussi égal que le pouls *supérieur.*

Ainsi que celui-ci, le pouls *inférieur* varie en raison des organes contenus dans la cavité à laquelle il se rapporte; c'est pourquoi le pouls *abdominal* peut être *stomacal* ou *intestinal.* Il peut annoncer que la crise se fera par la *matrice*, par le *foie*, par les *hémorroïdes ;* enfin il peut être *rénal*, ou bien encore pronostiquer une *sueur critique.* De là sept espèces de pouls *inférieurs* qui peuvent se manifester isolés ou diversement combinés.

Le pouls *stomacal* annonce le vomissement; il est le moins développé de tous les pouls *critiques*, et moins inégal que toutes les autres espèces de pouls *inférieurs.*

Bordeu s'occupe ensuite du pouls d'*irritation.* Il le soupçonne susceptible de modifications, selon qu'il est joint à des affections de la tête, de la poitrine et du bas-ventre. Cependant il ne s'arrête qu'au pouls d'*irritation* considéré en général, ainsi qu'à ses complications avec le pouls *critique* dans les maladies aiguës qui ont une heureuse terminaison, dans les maladies chroniques, dans les maladies aiguës qui ont une mauvaise terminaison, dans les maladies *plus nerveuses qu'humorales*, dans les suppurations à la suite des maladies aiguës, et enfin dans la fièvre maligne. Tous les chapitres consacrés à ces diverses recherches brillent à chaque instant de ces grandes idées dont personne ne fut prodigue autant que Bordeu. Depuis lui, la pathologie a fait de grands progrès; il y a beaucoup à dire sur ses idées concernant toutes ces affections; mais alors même qu'on le blâme, il est difficile d'oublier que ses erreurs sont celles d'un homme d'un esprit peu commun, à qui on n'a pu reprocher que trop d'imagination.

Les différences que présente le pouls, dans les deux côtés et les autres parties du corps, fixent son attention; puis il la porte sur ce qu'on peut ajouter à ce qu'il a dit, concernant les diverses espèces de pouls, d'après l'observation des plaies, des contusions, des accidens et des phénomènes qui accompagnent ou suivent les grandes opérations. Il examine ce qu'est le pouls dans les cas de flueurs blanches, de cancer utérin, de phthisie pulmonaire, d'hydropisie ascite, de colique des peintres, de tænia, de vers chez les enfans, de scorbut, de

rhumatisme, de goutte, de fièvre d'accès, de convalescence, de grossesse, et enfin dans ceux où l'on administre des bains, du kermès minéral, des lavemens, du mercure et des vésicatoires. Il rend compte de l'état du pouls dans quelques agonies, et traite successivement, 1°. du temps et du jour de la maladie, dans lesquels on doit attendre les excrétions annoncées par les changemens critiques du pouls; 2°. des changemens qui arrivent au pouls après l'action des émétiques, des délayans, des purgatifs, de la saignée et de l'opium; 3°. des précautions à prendre pour l'application des règles qu'il propose; des exceptions à ces règles; du pouls des vieillards et de celui des enfans; de la manière de tâter le pouls, et enfin des causes générales qui font varier les pouls *critiques*.

Tous ces chapitres ne sont point susceptibles d'être analysés : chacun d'eux n'est lui-même que l'analyse ou plutôt le plan d'un ouvrage important. A l'appui de ses opinions, Bordeu rapporte plus de cent quatre-vingts observations, la plupart fort remarquables, mais trop succinctement exposées. Quelque opinion que l'on ait sur les *crises*, ou plutôt sur le sens que l'on doit attacher à ce mot, car la question nous paraît se réduire à cela, il n'est pas permis de méconnaître combien les *Recherches* de Bordeu forment un ouvrage remarquable. Il y aurait de la puérilité à se laisser rebuter par les nuances fugitives qu'il décrit; tout médecin qui lira ce Traité avec l'attention dont il est digne, verra combien peu il faut le dédaigner. Nous osons affirmer que, plus que tout autre, il est digne d'être sans cesse entre les mains des praticiens, qui y trouveront toujours une source intarissable de grandes et utiles idées. En cherchant à s'assurer, par l'observation clinique, du degré de confiance qu'on doit accorder aux diverses divisions établies par Bordeu, on s'apercevra sans doute que plusieurs sont illusoires, mais on finira par acquérir de précieuses connaissances, au moyen des notions que le pouls peut fournir.

OBSERVATIONS *sur l'inflammation chronique du cerveau et de ses membranes;* par JEAN ABERCROMBIE [1].

L'inflammation du cerveau ayant été traitée d'une manière incomplète dans le *Dictionaire des Sciences médicales* [2], nous croyons être agréables aux lecteurs, en donnant l'extrait du Mémoire de M. Abercrombie, qui, s'il ne répand pas encore sur ce genre d'affection un jour égal à celui qui règne depuis quelques années sur les phlegmasies chroniques des autres viscères, indique au moins la marche à suivre pour y parvenir, et présente même déjà quelques résultats satisfaisans.

§. I. *Symptômes.* — Il faut avoir beaucoup observé, pour être en garde contre les apparences trompeuses d'amendement qui se présentent pendant le cours de cette maladie. Dans les cas même qui ont paru d'abord les plus formidables, tout symptôme alarmant peut disparaître par degrés. On a vu alors des parens remercier le médecin, ou même celui-ci se retirer, regardant le malade comme convalescent; cependant, à mesure que la fréquence du pouls diminue, le malade a du penchant au sommeil; plus tard, il dort presque continuellement; enfin, le sommeil se change en un coma, qui devient bientôt fatal. Tout cela peut avoir lieu sans douleur de tête, et même sans aucun symptôme qui fasse soupçonner le danger à l'observateur superficiel. Toutes les fois donc qu'à une époque quelconque d'une maladie fébrile, il y a eu quelques symptômes remarquables du côté de la tête, comme une violente céphalalgie, avec vomissement, difficulté de supporter la lumière, stupeur, convulsions, altération de la vue; lors même que ces symptômes ont disparu, et que la maladie a repris l'apparence d'une simple fièvre continue, on doit être sur ses gardes. En pareil cas, le médecin attentif peut presque toujours faire quelque remarque qui l'empêche de se fier aux apparences d'amendement. Tantôt c'est une dilatation de la pupille, qui donne à l'œil une expression par-

---

[1] *The Edinburgh medical and surgical journal*, *july* 1818.

[2] *Voyez* les articles *céphalite*, t. IV, p. 431; *encéphalite*, t. XII, p. 162, et *hydrocéphale*, t. XXII, p. 219.

ticulière ; tantôt un penchant irrésistible au sommeil ; souvent une altération sensible de l'humeur du malade, qui devient colère, ou ne cesse de se plaindre ; un parler bref, ou une lenteur remarquable en parlant ; une difficulté d'articuler, ou de la confusion dans les idées. Mais on ne saurait trop répéter que souvent tous ces symptômes manquent à la fois, et que le malade paraît, pendant plusieurs jours, dans l'état le plus satisfaisant, tandis que l'affection marche rapidement vers une terminaison fatale.

L'inflammation chronique du cerveau n'est pas toujours idiopathique. Elle survient souvent dans le cours d'autres maladies, et surtout d'une fièvre continue, de la scarlatine, de la rougeole, de la pneumonie, de la phthisie, et des affections des reins. Il est donc utile d'être instruit d'avance des symptômes qui l'annoncent. On peut les rapporter aux suivans : *à la tête*, douleur violente, avec battemens, vertiges, tintement d'oreilles, pesanteur, stupeur, penchant au sommeil ; *dans les yeux*, difficulté de supporter la lumière, contraction ou dilatation de la pupille, cécité, diplopie, strabisme, pupilles dirigées en haut, paralysie des muscles des paupières, vue d'objets qui n'existent point ; *pour l'oreille*, sensation d'un grand bruit, surdité ou finesse extrême de l'ouïe ; *pour la parole*, articulation difficile ou confuse, parler bref ou très-lent ; dans le *pouls*, lenteur, ou de grandes variations dans sa fréquence ; *du côté des facultés intellectuelles*, délire intense, incohérence passagère ou confusion dans les idées, oubli de certaines choses ; *dans les muscles*, paralysie, convulsions, quelquefois bornées à un membre, ou à une partie d'un membre ; *dans l'urine*, souvent une diminution remarquable de la sécrétion de ce fluide, jointe à de fréquentes envies d'uriner. C'est surtout à la correspondance des symptômes qu'on doit faire attention : ainsi, l'oppression considérable qui accompagne ordinairement toute espèce de fièvre un peu forte, n'a rien d'alarmant ; mais cette oppression, sans fièvre, ou avec une fièvre légère, est l'indice d'une affection dangereuse de la tête. Il en est de même d'une forte céphalalgie, ou d'un délire violent, qui, s'ils ne sont accompagnés d'une fièvre intense, indiquent une maladie grave du cerveau.

L'auteur pense que l'affection est toujours primitivement la même, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, et que la variabilité des symptômes est déterminée

par certaines circonstances qu'il rapporte aux suivantes : 1°. *la constitution du sujet*, qui peut imprimer à la maladie un caractère d'activité approchant de la phrénésie ou de la lenteur propre aux inflammations scrofuleuses ; 2°. *le siége de l'affection*. Cette cause doit être la source d'une foule de variétés dans les symptômes, suivant que l'inflammation affecte l'un des hémisphères, le centre du cerveau, les membranes, le cervelet, la moelle alongée, etc. ; 3°. *les différens modes de terminaison*. Cette dernière source de variétés des symptômes n'est pas moins intéressante que les deux autres, et semble plus à la portée de nos moyens d'observation. La maladie peut être fatale dans sa période inflammatoire : elle peut se terminer par épanchement séreux, par suppuration, par un dépôt d'une matière nouvelle à la surface, par une désorganisation particulière du centre du cerveau, ou par diverses combinaisons de ces différens modes.

I. *Mort survenue durant la période inflammatoire.* — Obs. 1. Une femme de vingt-six ans, après avoir éprouvé pendant dix-huit mois, un grand nombre d'incommodités, qui avaient commencé par de fortes douleurs de tête, accompagnées de convulsions, fut reprise d'une violente céphalalgie, avec fièvre et impossibilité de supporter la lumière. A ces symptômes succédèrent des convulsions, qui furent suivies d'un état comateux, dans lequel elle mourut, huit jours environ après l'apparition de l'affection cérébrale. La surface du cerveau était d'un rouge foncé dans plusieurs points, sutout à la partie antérieure et supérieure des deux hémisphères, et à la partie postérieure du gauche. Cette couleur pénétrait dans quelques endroits jusqu'à un pouce de profondeur. On observait aussi un ramollissement des mêmes parties de l'encéphale, et les vaisseaux y semblaient plus développés qu'ailleurs. L'intérieur du viscère était sain et sans épanchement ; les parois du sinus longitudinal étaient épaissies postérieurement, de manière à diminuer beaucoup son calibre.

II. *Epanchement de sérosité.* — Obs. 2. Un enfant de neuf ans se plaignait, depuis quelques jours, d'un léger mal de tête. Il avait perdu l'appétit ; son sommeil était interrompu, son pouls battait de 96 à 100 fois par minute. On n'avait regardé cette affection que comme une légère fièvre continue ; mais, dans le courant de la seconde semaine, la douleur de tête augmenta, tandis que les autres symptômes

allaient en diminuant. Le 15[e] jour, le pouls tomba tout à coup à 70, et le mal de tête s'accrut; le 16[e], légères convulsions; le 17[e], coma avec un peu de strabisme, et le pouls moins fréquent que dans l'état ordinaire; le 18[e], le pouls se relève, et le coma diminue; le 19[e] et le 20[e], retour des facultés intellectuelles, langue nette, appétit, pouls à 96. Le jour suivant, l'enfant retombe dans le coma, et éprouve des convulsions : il meurt le 30[e] jour. Les ventricules étaient distendus par une sérosité transparente, et les vaisseaux très-dilatés à la surface des hémisphères.

Obs. 3. M. sentit un léger mal de tête, accompagné d'un état d'indolence extraordinaire. Dans la seconde semaine, la céphalalgie augmente; frissons, faiblesse, inappétence, langue chargée, sommeil agité, pouls à 112. A la fin de cette semaine, légère absence de mémoire. Vers le 16[e] jour, le pouls tombe rapidement à 72, la langue est nette, la douleur de tête a presque disparue; mais on remarque de l'incohérence dans les idées, et un défaut de mémoire sur certains objets en particulier. Au bout de deux jours, le pouls remonte promptement à 130, et le délire augmente. Celui-ci cesse encore quelques jours après; mais il revient presque aussitôt, et amène à sa suite la cécité et le coma. La mort eut lieu vers le 25[e] jour. Tous les ventricules étaient remplis de sérosité.

III. *Destruction des parties centrales du cerveau, sans épanchement.* — Obs. 4. R., âgée d'environ trente ans (16 juin 1816) éprouvait un violent mal de tête, qui s'étendait d'une tempe à l'autre; elle s'agitait dans son lit, et avait peine à supporter la lumière; les pupilles étaient contractées, et le pouls, mou et faible, à 60. La maladie durait depuis plusieurs jours. Le traitement consista en saignées générales et locales, forts purgatifs, applications froides sur la tête, et vésicatoires. Pendant trois jours, la malade se trouva beaucoup mieux; elle n'éprouvait qu'une oppression considérable, et le besoin de rester couchée et tranquille; le pouls était remonté à 80 ou 90. Le 22, parole embarrassée, pouls à 112. Jusqu'au 25, la stupeur va en augmentant, avec quelques variations dans le pouls; réponses tardives, mais justes; la tête est moins affectée. Le 26, coma, pupilles dilatées; mort dans la nuit. La voûte à trois piliers et la cloison transparente étaient réduites en une masse blanche et pulpeuse; le reste était sain.

IV. *Destruction des parties centrales du cerveau, avec épanchement.* — Obs. 5. Un jeune homme de vingt ans (18 septembre 1814, était atteint d'un violent mal de tête, avec agitation extrême, léger délire, face rouge, pouls à 60. La maladie durait depuis plusieurs jours; mais les symptômes avaient beaucoup augmenté les deux derniers. Le pouls avait été, au commencement, de 80 à 90.

Du 19 au 20, augmentation des symptômes, saignées larges et répétées, applications froides, vésicatoires, purgatifs. Ces moyens procurent un mieux sensible pendant deux jours; mais le 25, le malade tombe dans la stupeur, et ne reconnaît plus ceux qui l'entourent. Le 27, coma complet, qui dure jusqu'à la mort, arrivée le 30. Il y avait un épanchement dans les ventricules et à la base du crâne. La voûte à trois piliers était réduite en une masse informe, blanche et pulpeuse; la cloison transparente et la face interne des ventricules offraient le même aspect. Il y avait un dépôt abondant de lymphe coagulée à la face supérieure du cervelet.

Obs. 6. D. G., imprimeur, âgé de 21 ans (3 septembre 1816), était malade depuis six jours; il y en avait trois qu'il vomissait tout ce qu'il prenait; il se plaignait d'un violent mal de tête, ne pouvait supporter la lumière, et avait l'air abattu et l'œil égaré; pouls fort, à 70; langue nette. Larges saignées, purgatifs, vésicatoires; puis, le mercure doux, et un exutoire à la nuque : tels furent les moyens employés. Jusqu'au 10, mieux graduel et soutenu. Le 11, nulle apparence de souffrance; mais l'œil est égaré, et les pupilles sont dilatées. Les jours suivans, délire; puis, coma, et mort le 15. Tous les ventricules étaient pleins de liquide; la voûte, réduite en une masse pulpeuse, ne pouvait être soulevée. Les autres parties du cerveau étaient saines.

V. *Suppuration sans épanchement.* — Obs. 7. Une jeune fille de onze ans, après avoir souffert pendant quelques jours du mal de tête, éprouva, le 11 janvier 1817, des convulsions qui furent suivies de la paralysie du bras droit. Les saignées, les purgatifs et les applications froides, ramenèrent deux fois les mouvemens du bras; mais, à la troisième, le 18 janvier, la saignée ne fit cesser que les convulsions, et le bras resta complétement paralysé. Les jours suivans, les convulsions reviennent, mais se bornent au bras droit. Le 24, elles s'étendent à la cuisse et à la jambe droites, qui restent ensuite également paralysées; bientôt même, elles se bornent à ces

dernières parties ; et, le 4 février, tout le côté droit du corps est frappé de paralysie. Il n'y a plus de convulsions, le pouls est de 50 à 60, et la malade, qui conserve partout la sensibilité, ne paraît pas souffrir beaucoup. Elle reste plusieurs jours dans cet état, toutes les fonctions s'exerçant bien. Cependant elle redoute le moindre mouvement, et paraît de jour en jour plus oppressée. Le 11, elle tombe dans le coma, et le 14 elle meurt. A la partie supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, on trouva deux abcès contenant ensemble de six à huit onces d'un pus fétide, et séparés l'un de l'autre par une cloison mince, de matière blanche et ferme, qui les tapissait de toutes parts. Un autre abcès renfermant près d'une demi-once de pus, existait dans la partie postérieure de l'hémisphère droit.

VI. *Suppuration compliquée d'épanchement séreux.* — Obs. 8. C., âgé de dix-huit ans, était affecté, depuis plusieurs années, de surdité, avec suppuration des oreilles. En 1810, il eut, derrière l'oreille gauche, un abcès froid, par lequel on faisait pénétrer une sonde jusque dans les cellules mastoïdiennes. Après avoir suppuré pendant plus d'un an, cet abcès se ferma, et laissa une cicatrice profonde. Depuis cette époque, C. était sujet à des douleurs de tête, qui augmentèrent beaucoup au commencement de 1813. Au 14 mai, le mal de tête s'accroît tout-à-coup ; il survint de fréquens vomissemens, avec oppression et somnolence ; pouls à 60. Le traitement consista en saignées abondantes, générales et locales, purgatifs, vésicatoires et mercuriaux. Le 15 et le 16, les vomissemens cessent, puis le mal de tête diminue ; mais l'oppression augmente. Dès-lors stupeur légère, avec loquacité sans incohérence ; pouls très-variable d'un instant à l'autre ; mort presque subite, le 22, sans coma parfait. Douze heures avant de mourir, le malade reconnaissait encore ceux qui l'entouraient. Il n'eut ni paralysie ni convulsions. L'hémisphère droit était converti, dans la moitié de son épaisseur, en un pus fétide, tout-à-fait fluide au centre, et pulpeux à la circonférence. Au milieu de cette masse se trouvaient quelques caillots de sang, et tous les ventricules contenaient une grande quantité de sérosité sanguinolente.

VII. *Destruction des parties centrales, avec suppuration.* — Obs. 9. D., âgé de dix-huit ans (10 juillet 1815), était atteint, depuis trois jours, d'un violent mal de tête, qui s'étendait du synciput à la partie postérieure du cou, et aug-

mentait par le mouvement; il était depuis long-temps sourd, et sujet à une suppuration des oreilles. On employa les moyens ordinaires : chaque saignée produisit un soulagement marqué, mais de peu de durée. Le 13, strabisme et diplopie, qui disparaissent le 14. La douleur de tête continue avec une intensité très-variable : le malade a, par instans, un peu de délire, beaucoup d'oppression, mais point de coma : il meurt subitement le 17. Quelques minutes avant sa mort, il s'était dressé presque seul sur son lit, et avait répondu juste aux questions de son médecin. Toute la partie postérieure de l'hémisphère droit n'était plus qu'un amas de pus, et la voûte était réduite en une masse molle et pulpeuse. La surface du cerveau offrait beaucoup de lymphe coagulée, surtout sous les lobes antérieurs. Les ventricules renfermaient peu de liquide. On trouva dans la substance du cerveau, près de sa base, une petite tumeur, de couleur cendrée, contenant une matière caséiforme, approchant de la nature du pus. La partie postérieure du rocher offrait quelques traces de carie, et la dure-mère correspondante était spongieuse et épaissie.

VIII. *Suppuration avec épanchement de sang.*—Obs. 10. Un homme de 40 ans, après avoir ressenti, pendant deux mois, des douleurs et des battemens dans le côté gauche de la tête, est pris, le 14 mars 1814, de mouvemens convulsifs du bras et de la jambe du côté droit. Les accès, qui ne duraient qu'une minute, diminuent de fréquence, puis disparaissent entièrement sous l'influence du traitement. Il survient des vertiges, du trouble dans les idées, et de l'engourdissement dans le côté droit; ce dernier symptôme est bientôt accompagné de mouvemens involontaires de la jambe et du bras, semblables à ceux de la chorée, puis suivis d'une paralysie complète des mêmes parties. Dès-lors, la parole devient difficile, et, vers le milieu du mois de juin, le mutisme est complet. D'ailleurs, quoique l'émission de l'urine et des matières fécales soit involontaire, les facultés intellectuelles ne sont nullement dérangées. Le malade reste dans cet état, poussant quelquefois des cris et portant la main au front, jusqu'à la fin de juillet; il tombe alors dans le coma et meurt. Tout l'hémisphère droit n'offrait plus qu'un sac rempli de pus et d'une matière molle et pulpeuse. Le ventricule n'était séparé de cette masse que par la membrane qui le tapisse, et contenait un peu de sérosité. Dans la couche gauche des nerfs optiques, il y avait un caillot de sang de la grosseur d'une noix.

IX. *Suppuration du cervelet avec épanchement dans le cerveau.* — Obs. 11. Mademoiselle C., âgée de 18 ans, présente, le 4 mars 1813, les symptômes d'une entérite. Deux fortes saignées font cesser les accidens inflammatoires; mais la constipation persiste jusqu'au 12, malgré les purgatifs. Dès le commencement, elle avait senti de la douleur dans l'oreille gauche, et, vers le 7e jour, elle se plaignit d'un mal de tête qui ne fit qu'augmenter jusqu'au 11e; ce jour-là, il sortit une grande quantité de pus par l'oreille gauche. Au milieu de variations considérables dans la fréquence du pouls, le mal de tête persiste dans toute sa force. Il survient un léger coma avec dilatation des pupilles : les saignées, les vésicatoires ne produisent aucun soulagement, la déglutition est parfois impossible; l'oppression, déjà très-grande, va en augmentant, et la mort arrive le 22. Deux heures auparavant, la malade jouissait encore de l'usage de ses sens; les vaisseaux de la substance cérébrale étaient dilatés, et les ventricules remplis d'un liquide incolore; le lobe gauche du cervelet était converti en une poche remplie d'un pus verdâtre et infect. Les parois de cette poche, molles et organisées, paraissaient de formation récente. Au côté externe de l'abcès, la dure-mère était épaissie et spongieuse.

Obs. 12. Une fille de 9 ans, sujette à des écoulemens purulens par l'oreille, précédés ordinairement de douleurs et de fièvre, fut prise de son mal habituel, le 10 juillet 1810; mais les douleurs, loin de cesser par l'effet de l'écoulement, s'étendirent jusqu'au front, et furent bientôt accompagnées de vomissemens, de difficulté de supporter la lumière et d'une oppression considérable. L'auteur la vit alors pour la première fois; il employa en vain les saignées, les vésicatoires, les purgatifs et le mercure. Le 3e jour, délire passager, un peu de stupeur et une légère convulsion : la malade presse en pleurant son front, qui est le siége principal de la douleur. Les symptômes continuent, et elle meurt subitement, le 5e jour, sans strabisme, cécité ni coma. L'oreille gauche avait continué de suppurer, et il s'était même formé derrière elle une ouverture qui avait aussi donné issue à une matière purulente. Les ventricules contenaient beaucoup de sérosité incolore; d'ailleurs le cerveau était sain. Le lobe gauche du cervelet contenait un abcès considérable rempli d'un pus très-fétide. La dure-mère correspondante était épaissie et spongieuse, et l'os lui-même ramolli et un peu carié à sa face ex-

terne ; mais il n'y avait pas de communication avec la cavité de l'oreille. L'ouverture qui s'était formée derrière celle-ci ne communiquait qu'avec le méat externe.

X. *Matière nouvelle, déposée à la surface du cerveau.* — Obs. 13. Un garçon de 11 ans, après avoir été près de 15 jours dans un état d'indifférence et d'inaction, avec de fréquens vomissemens, mais sans fièvre, fut pris, le 29 juin 1816, de convulsions qui se renouvelèrent fréquemment. Dans les intervalles, il éprouvait d'abord des douleurs de tête, et continuait de vomir, puis se plaignait d'avoir perdu la vue. Le 30 au matin, les convulsions font place au coma, qui ne cède que vers le milieu de la journée à des purgatifs réitérés. Les moyens ordinaires ayant été mis en usage, la plupart des symptômes disparurent, à l'exception d'un penchant marqué au sommeil. Le 5, vomissemens, forte douleur de tête, puis stupeur. Le 6, coma parfait sans convulsions : mort le 7 au soir. Dans plusieurs points de la surface du cerveau, une matière jaune et consistante était étendue entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cette substance était surtout abondamment répandue à la partie antérieure et à la face inférieure des deux hémisphères du cerveau, et sur presque toute la surface du cervelet. A la partie postérieure du cerveau, la pie-mère était évidemment enflammée. Il y avait un peu de liquide à la base du crâne.

Obs. 14. Une jeune fille de 9 ans s'éveille tout-à-coup dans la nuit, criant qu'on lui a donné un coup sur la tête. Les deux jours suivans, elle continue de se plaindre de la tête ; le 3e, il survient une longue convulsion, suivie d'un coma profond. Elle reste dans cet état jusqu'au 7e jour, et meurt. On trouve entre la pie-mère et l'arachnoïde, sur divers points du cerveau et du cervelet, des plaques irrégulières de matière jaune et solide ; autour des nerfs optiques, un épanchement considérable de matière gélatineuse, et dans les ventricules environ une once d'un fluide incolore. En général, les vaisseaux du cerveau étaient dilatés.

XI. *Dépôt de matière à la surface du cerveau, et suppuration dans les ventricules.* — Obs. 15. Un enfant de 5 ans, bien portant, est pris de convulsions le 21 novembre 1817. Cet accident de courte durée fut attribué à la dentition, et, après avoir incisé les gencives, on donna les remèdes employés en pareil cas. L'enfant est bien le reste de la nuit : le 22, oppression, durant le jour, et le soir, coma qui cède,

au bout de quelques heures, aux sangsues et aux purgatifs. Les deux jours suivans, le malade est gai, et n'offre plus que quelques tressaillemens involontaires; mais, dans la nuit, il est pris de convulsions qui se renouvellent fréquemment, et il meurt le matin de bonne heure. Entre la pie-mère et l'arachnoïde, on voyait une couche très-étendue de la matière jaune dont il a été question ci-dessus. Il y en avait sur la face supérieure du cerveau, entre les hemisphères et sur le cervelet. Les ventricules contenaient environ une once de pus, et leurs parois étaient évidemment ramollies. Autour des nerfs optiques, sous le cerveau et le cervelet, on voyait un épanchement de matière gélatineuse. Sous la moelle alongée, une matière pareille se trouvait mêlée à du pus.

XII. *Suppuration à la surface du cerveau.* — Obs. 16. Un enfant de 8 ans fut pris de fièvre avec agitation et fréquence de la respiration, puis d'une oppression considérable et de convulsions qui augmentèrent graduellement; enfin il tomba dans le coma. Dès les premiers jours de la maladie, on avait remarqué une certaine élévation de la fontanelle antérieure. Cette elévation s'accrut peu à peu, et au bout de 15 à 20 jours elle formait une tumeur bien circonscrite, avec fluctuation, et dont la compression déterminait des convulsions. Une ponction qu'on y pratiqua, donna issue à du pus, puis à de la sérosite sanguinolente. L'enfant mourut quatre jours après l'opération. La petite incision qu'on avait pratiquée conduisait à un dépôt de matière jaune, épaisse et floconneuse, situé sous la dure-mère, et couvrant une grande partie de la surface du cerveau. On voyait aussi une matière semblable sous l'arachnoïde, entre les circonvolutions, autour des nerfs optiques et sous la moelle alongée; les ventricules contenaient beaucoup de liquide.

XIII. *Suppuration dans le sinus latéral gauche.* — Obs. 17. Mademoiselle S., âgée de 16 ans (13 août 1816), ressentait, depuis plus de 15 jours, une grande douleur de tête avec pesanteur des yeux. Il y avait trois semaines que son oreille gauche suppurait, affection à laquelle elle était sujette. Les saignées veineuses et artérielles, les purgatifs et les vésicatoires procurèrent un mieux momentané, mais la douleur de tête reparut bientôt avec pesanteur des yeux. Le 10 et le 11, tendance à la stupeur; le 12, la malade tombe dans un coma plus profond dont on peut pourtant la faire sortir: elle meurt vers midi, quelques minutes après avoir parlé à ceux qui l'en-

touraient. Les vaisseaux de la pie-mère étaient développés comme par une fine injection, et, à la partie postérieure se trouvait un peu de sang extravasé sous cette membrane. Le sinus latéral avait des parois très-épaisses; quand on le comprimait, il en sortait du pus et une matière caséiforme; sa surface intérieure était inégale, fongueuse et d'une couleur foncée; dans un point, sa cavité était presque entièrement oblitérée. La maladie s'étendait jusqu'au pressoir d'Hérophile, et atteignait la fin du sinus longitudinal. Derrière le rocher, près du trou déchiré postérieur, la table interne de l'os était affectée de carie. Toute la portion pierreuse elle-même était cariée, et ses cellules, remplies de pus, communiquaient librement avec l'oreille externe.

XIV. *Suppuration du cerveau, compliquée d'une affection remarquable des os du crâne.* — Obs. 18. Une femme de quarante-huit ans tombe dans un escalier, un an avant sa mort, et se fait plusieurs blessures, dont une à la tête. Depuis cette époque, sa santé fut toujours mauvaise : elle se plaignait souvent de la tête, de l'estomac et du bas-ventre. Trois semaines avant de mourir, elle est prise de fièvre avec délire effrayant : une saignée arrête ces symptômes; il survient un érysipèle de la face, qui guérit en quelques jours. Il ne restait plus alors qu'une douleur profonde au-dessus de l'oreille droite; celle-ci rendait une matière purulente; mais la malade tombe bientôt dans le coma, avec paralysie partielle du côté gauche et convulsions fréquentes du bras droit : elles meurt au bout de trois jours. Les os du crâne étaient d'une mollesse remarquable; la table interne manquait dans toute l'étendue de la voûte, et on voyait à nu la substance diploïque : entre celle-ci et la dure-mère, il s'était formé une fausse membrane jaunâtre, d'un demi à un huitième de pouce d'épaisseur. Dans quelques points, l'érosion avait entièrement perforé le crâne; le cerveau était sain, excepté dans sa partie postérieure et inférieure, où l'on voyait un vaste abcès : sur le rocher droit, la dure-mère était d'une couleur obscure et détachée de l'os; mais celui-ci n'était point carié.

XV. *Abcès de la moelle alongée.* — Obs. 19. Un enfant de seize mois était languissant depuis près d'un an; on rapportait sa maladie à une chute, dans laquelle la partie postérieure de la tête ou du col avait surtout souffert. Trois mois avant sa mort, il parut perdre le mouvement de la jambe et du bras droits, et fut agité par des convulsions. Quelques jours

après la première visite du médecin, le pouls devient très-lent; il se manifeste des convulsions fortes et fréquentes, et l'enfant meurt au bout de deux jours. Il y avait plusieurs onces de liquide dans les ventricules du cerveau, et un épanchement considérable de matière gélatineuse autour des nerfs optiques : un abcès paraissait occuper toute l'épaisseur de la moelle alongée, au-dessus du pont de Varole; il était contenu dans un sac jaune et ulcéré.

XVI. *Épaississement remarquable de la dure-mère.* — Obs. 20. M. était sujet, depuis deux ans, à des vertiges, avec affaiblissement des muscles; il perdit graduellement ses forces, et, au bout de quelques mois, il n'osait se hasarder à marcher seul. Le 1er août 1816, il est attaqué d'une hémiplégie du côté gauche, avec douleur de tête et vertiges : cette paralysie diminue au bout de quatre jours, et, le 15, le malade commence à marcher, en se faisant aider : il ne restait plus que les vertiges, avec un peu de mal de tête et des tintemens d'oreilles. Le 19, la céphalalgie augmente. Le 20, incohérence dans les idées. Le 21, coma profond et convulsions. Le 22, le malade paraît beaucoup mieux; mais le soir il retombe dans le coma, et le 23 il meurt. A la partie supérieure de l'hémisphère droit, on voyait une tumeur de cinq pouces et demi de long, de deux pouces et demi dans sa plus grande largeur, et d'environ un demi-pouce d'épaisseur, formée par un écartement des lames de la dure-mère, entre lesquelles était déposée une matière blanche et ferme à la partie postérieure, jaune et demi-transparente vers le centre, séreuse et jaunâtre en devant. La dure-mère était considérablement épaissie dans les environs, ainsi que les parois du sinus longitudinal. Dans sa partie antérieure, le cerveau était ramolli et comme en suppuration, jusqu'à une certaine profondeur.

L'auteur ne s'abuse pas sur le résultat de ses travaux : il reste encore beaucoup à faire, dit-il, pour connaître tout ce qu'il serait important de savoir sur cette dangereuse maladie; mais il croit pouvoir tirer de ses observations les conséquences suivantes.

1°. *Variétés de l'hydrocéphale.* Parmi les observations qui offrent pour terminaison l'hydrocéphale, la 2e et la 3e présentent, au début, des symptômes légers et peu inquiétans; dans la 5e et la 6e, au contraire, dès les premiers instans, la violence des symptômes annonce l'inflammation la plus redoutable. A ces deux formes de la maladie, correspondent, d'une

part, un simple épanchement de sérosité; de l'autre, un épanchement avec destruction des parties centrales du cerveau, qui ne peut être, dit l'auteur, que la suite de l'inflammation de ces parties. La 4e observation n'offre que cette destruction des parties centrales, quoique d'ailleurs la maladie ait présenté les symptômes attribués ordinairement à l'hydrocéphale. De ces observations, qui sont d'accord avec toutes celles que l'auteur a recueillies, il croit pouvoir conclure, que, dans les cas remarquables par la marche rapide des symptômes, la maladie a commencé par une inflammation profonde du cerveau, et que cette inflammation peut donner ou ne pas donner lieu à l'épanchement. N'attache-t-on pas, ajoute-t-il, trop d'importance à ce dernier, lorsqu'on lui attribue des accidens qui peuvent exister sans lui, et n'est-on pas, conséquemment, trop porté à provoquer une absorption, qui, eût-elle lieu au gré de nos désirs, ne changerait rien à la maladie principale?

Quant à l'autre forme, quoique la cause de l'épanchement nous soit encore inconnue, nous ne sommes pas autorisés à le regarder comme primitif. En effet, son existence ne suffit pas toujours pour produire les symptômes qui l'accompagnent ordinairement, comme le prouvent les observations de Morgagni et de Héberden; il est bien plus probable qu'il n'est lui-même, ainsi que le coma et les autres accidens, qu'une suite de l'état morbeux du cerveau ou des membranes. D'accord sur ce point avec l'auteur de l'excellent article *hydrocéphale* du *Dictionaire* [1], M. Abercrombie cherche encore à rendre compte des hydropisies cérébrales qui n'ont été accompagnées d'aucun signe d'inflammation. Ce qui se passe ailleurs, à la suite des indurations du foie, ou des affections des poumons et du cœur, lui fait présumer qu'un obstacle au retour du sang par les veines de Galien ou par les sinus, pourrait, dans certains cas, produire un pareil épanchement.

2°. *Suppuration du cerveau.* La suppuration du cerveau se présente sous quatre formes, qui diffèrent beaucoup par les symptômes.

A. *Sphacèle du cerveau*, de quelques auteurs : les observations 8 et 9 en offrent des exemples. Une portion considérable du cerveau, souvent la plus grande partie d'un hémis-

[1] Tome XXII, page 219.

phère, se trouve réduite en une masse, de consistance molle, et dans laquelle une matière purulente est entremêlée avec les débris de la substance cérébrale. Les symptômes diffèrent peu de ceux de l'hydrocéphale, seulement il y a moins de coma. Après les premiers accidens, on observe une oppression considérable, et une incohérence dans les idées, qu'on discerne facilement en fixant l'attention du malade. L'auteur n'a jamais vu de convulsions, ni de paralysie avec cette forme de la maladie, si ce n'est dans la 10e observation, où elle était compliquée d'épanchement de sang.

B. *Abcès enkystés*. Ici le pus est contenu dans un sac formé par une matière blanche, probablement analogue aux autres fausses membranes, et la substance cérébrale circonvoisine est à peu près dans l'état sain. Les convulsions et la paralysie coïncident presque toujours avec cette forme de suppuration. La 7e observation en présente un exemple remarquable. Il est probable qu'en pareil cas les convulsions ont lieu pendant la période inflammatoire, et que celle de la suppuration correspond à la paralysie permanente. Les accidens ne suivent pas toujours une marche semblable à celle de l'observation citée; ils n'ont pas toujours lieu, non plus, exclusivement du côté opposé au siége de l'abcès. Il paraît même résulter de quelques observations de Schenck, de M. Bateman, de Morgagni, de Valsalva et de M. Powell, que les convulsions ont lieu assez souvent du côté de l'abcès, et la paralysie du côté opposé, mais que celle-ci peut arriver indifféremment d'un côté ou de l'autre, ou s'étendre à tous les deux. Quelquefois aussi, suivant les mêmes auteurs, on a trouvé des abcès dans le cerveau, sans qu'aucun symptôme en eût fait soupçonner l'existence.

Ce que nous venons de dire se rapporte à une forme assez aiguë de la maladie, qui amène en peu de temps la formation d'un abcès enkysté; mais elle affecte souvent une marche plus lente, et se termine d'une manière fatale après plusieurs mois, ordinairement par la suppuration, quelquefois aussi sans elle. Dans ce dernier cas, on trouve une portion du cerveau, de couleur rougeâtre, de consistance stéatomateuse, et ordinairement enveloppée d'une espèce de sac mou, et de formation récente : c'est ce qu'on a nommé *tumeur dans le cerveau*. L'auteur pense que cette affection pourrait être guérie dans son principe, et que ce n'est qu'à dater de la formation du sac qu'elle devient incurable ; elle peut être fatale à cette

époque, ou se prolonger plus ou moins long-temps, et suppurer en tout ou en partie.

Burserius a vu cette maladie à sa première période, dans l'hémisphère droit du cerveau, et Fantoni dans le corps calleux. Burserius l'a rencontrée dans sa seconde période, une fois à la partie externe de l'hémisphère droit, et une autre à la partie postérieure du cerveau. Les symptômes sont, une douleur de tête très-intense, souvent sans fièvre, durant des mois entiers; des convulsions, et la paralysie plus ou moins étendue. Ils peuvent offrir des rémittences marquées, et la maladie peut se terminer tout-à-coup d'une manière funeste, ou disparaître graduellement, après avoir résisté aux remèdes. Tout cela s'accorde parfaitement avec la marche de l'inflammation chronique dans les autres organes, et, en considérant l'affection comme une inflammation lente du cerveau, on y trouverait l'avantage de ne plus rencontrer tant de prétendues maladies organiques, qu'on s'accoutume à regarder comme au-dessus des ressources d'une médecine active. L'auteur cite encore à l'appui de cette manière de voir deux observations, l'une de M. Powell, et l'autre qui lui est propre : toutes deux ont présenté la plus grande analogie dans les symptômes; la première maladie s'est terminée par la mort, et l'ouverture du crâne a fait voir la partie antérieure de l'hémisphère droit du cerveau dans l'état d'induration dont nous avons parlé. Le sujet de l'autre observation est encore vivant, et, depuis le mois de mai 1817, il éprouve de temps à autre des douleurs et des battemens dans la tête.

Dans les abcès enkystés du cervelet, les convulsions et la paralysie sont rares. La 12e observation n'a offert qu'une légère convulsion, et, dans la 11e. le principal symptôme a été la perte du mouvement de déglutition. Souvent la douleur se fait sentir au front, quoique la maladie soit dans le cervelet, comme la 12e observation en offre un exemple.

L'inflammation du cervelet peut aussi, de même que celle du cerveau, affecter une marche plus lente, et alors les symptômes sont beaucoup moins marqués que lorsque l'affection a son siége dans cette dernière partie. Il paraît même, d'après l'observation de M. Douglas, qu'elle peut amener la suppuration sans aucun symptôme alarmant.

C. *Suppuration à la surface du cerveau.* Cette troisième forme de suppuration peut avoir lieu sous la dure-mère, sous la pie-mère, ou dans l'un et l'autre endroits à la fois. Elle con-

siste en un mélange de flocons jaunâtres, et d'un liquide séro-purulent, et paraît être le produit de l'inflammation des membranes. Les symptômes qui l'accompagnent sont très-variables, et le seul qui paraisse constant est la douleur correspondante au siége du mal. L'affection commence souvent d'une manière fort insidieuse : une douleur se fait sentir dans l'oreille, et peut même, pendant quelque temps, faire croire que cette partie est seule affectée; quelquefois un écoulement purulent par l'oreille vient confirmer le médecin dans cette dernière idée, mais la douleur continue, ou devient plus forte : le malade est oppressé, porté au sommeil; il délire, et tombe bientôt dans le coma. Dans d'autres cas, sans écoulement de pus, après quelques heures d'une douleur profonde dans l'oreille, le sujet s'agite; il perd la mémoire; il roule sa tête, ou porte ses bras de côté et d'autre, et bientôt il meurt dans un état comateux. Alors l'ouverture fait voir ordinairement une portion du rocher affectée de carie, et la dure-mère correspondante épaissie, spongieuse ou ulcérée, et le plus souvent détachée de l'os : entre cette membrane et le cerveau, on observe une collection de pus ou une couche de lymphe coagulée. Quelquefois on trouve dans le même endroit un abcès superficiel du cerveau, et même un désordre plus étendu avec épanchement dans les ventricules. M. Brodie a vu, en pareil cas, un abcès enkysté du cerveau, qui communiquait avec l'oreille externe, à travers la dure-mère et la substance osseuse. Il paraît que la maladie commence quelquefois réellement par l'oreille, et que de là elle s'étend progressivement jusqu'aux méninges et au cerveau. Alors, la matière peut s'échapper au-dehors, et procurer ainsi un soulagement, momentané dans la plupart des cas, mais qui est quelquefois suivi d'une guérison complète. L'auteur ne manque pas de faire remarquer que cette forme de la maladie n'est quelquefois accompagnée d'aucun symptôme propre à la faire reconnaître. Deux exemples fatals, tirés l'un de M. Powell, l'autre de M. Parkinson, viennent à l'appui de cette assertion. Les personnes qui ont été long-temps sujètes à un écoulement purulent par les oreilles sont surtout disposées à cette affection. Au reste, on ne trouve pas toujours de connexion immédiate entre la maladie de l'oreille et celle des parties internes, si ce n'est que la première indique une tendance à l'inflammation chronique. Il arrive quelquefois que l'affection cérébrale paraît suivre la suppression de l'écoulement externe ; mais

alors l'auteur, loin de regarder cette suppression comme la cause de la maladie interne, l'attribue au changement du siége de l'inflammation.

Ce qui a lieu pour l'oreille peut arriver au nez, comme on en trouve des exemples dans Lieutaud, Bonet, Morgagni et Manget; à l'orbite, comme dans un cas cité par Burserius; ou dans tout autre point du crâne, comme on l'a observé, il y a quelques années, à Edimbourg, sur un homme qui avait au-dessous du muscle temporal une collection de pus, communiquant avec un abcès situé dans le cerveau.

La conséquence pratique que l'auteur tire de ces faits est que toute douleur profonde de l'oreille, et tout ulcère des environs du crâne, qui conduit à un os dénudé ou carié, mérite la plus grande attention. S'il s'y joint de la fièvre, il faut employer les moyens les plus actifs; s'il y a délire et perte de la mémoire, le danger est imminent : le coma annonce qu'il n'y a plus d'espoir. L'auteur termine en rappelant les succès dus en pareil cas à l'application du trépan, et la guérison du moine dont Morand a donné l'histoire.

D. *Ulcération superficielle du cerveau.* Cette quatrième forme de suppuration est ordinairement accompagnée de spasmes, qui simulent la chorée et se terminent par la paralysie. M. Powell et Thomas Anderson en ont cité deux exemples : la maladie est toujours de longue durée, et il est probable que si, dans certains cas, la suppuration se forme quelque temps avant la mort, l'affection peut se terminer sans qu'elle ait lieu. Alors on trouve une partie de la surface du cerveau dure, enflammée, et quelquefois adhérente à la dure-mère. Quand le foyer de cette inflammation superficielle communique avec l'extérieur, la suppuration, au lieu d'amener la paralysie et le coma, devient un moyen de soulagement et même de guérison; mais sa marche n'est pas toujours aussi lente, comme le prouve la première observation de l'auteur. Burserius a vu la maladie dans une période plus avancée : la surface du cerveau était comme putréfiée et de couleur livide, mais sans suppuration.

3°. *Maladies des membranes.* Les observations 13, 14 et 15 offrent des exemples d'un mode de terminaison de la phlegmasie des méninges, qui doit être assez rare, puisque Morgagni n'en cite qu'un seul cas. Il est à remarquer que les trois rapportés par l'auteur sont caractérisés par de fortes convulsions, et se terminent par le coma. Il pense que beau-

coup d'accès convulsifs attribués à la dentition chez les enfans sont dus à une inflammation de la pie-mère, mais qui, au lieu d'une matière jaunâtre, semblable à celle dont nous avons parlé, produit une exudation puriforme à la surface de cette membrane. Fantoni, Willis, Haller et Bonet ont vu souvent la pie-mère et l'arachnoïde enflammées, mais sans suppuration. Au reste, ces phlegmasies n'ont pas toujours une marche aussi rapide que celles dont nous avons donné l'histoire. Wepfer, Willis, et plusieurs autres auteurs, citent des épaississemens des méninges survenus après des souffrances de plusieurs mois. Quant à la dure-mère, quoiqu'elle paraisse moins sujette à une inflammation idiopathique, Paw, Rumler et Haller l'ont trouvée ulcérée dans divers points, sans autre lésion du cerveau; et la 20e observation de l'auteur fait mention d'un épaississement remarquable de cette membrane.

4°. *Maladie des os du crâne.* Ici l'auteur rappelle sa 18e observation, qui offre une singulière affection des os du crâne, et il en cite plusieurs autres, tirées des auteurs, relatives à diverses formes de l'inflammation dans cette partie. Nous ne rapporterons ici que les réflexions suivantes : beaucoup d'auteurs prétendent que, dans les contusions ou les plaies de tête, c'est le décollement du péricrâne ou de la dure-mère qui fait mourir l'os; mais un grand nombre d'observations autorisent à croire que c'est l'inflammation qui amène sa mort, et qu'elle peut s'étendre plus ou moins loin, se transporter d'une partie à une autre, et continuer ses ravages jusqu'à ce que la nature les arrête par des moyens qui nous sont inconnus, et sur lesquels le traitement n'a qu'une bien faible influence. Cette manière de voir pourrait rendre plus circonspect sur l'application du trépan, beaucoup plus commune en Angleterre qu'en France, et qui n'a certainement pas pour effet d'arrêter les progrès de l'inflammation.

5°. *Maladie du péricrâne.* A défaut d'observations qui lui soient propres, l'auteur ne cite que celles d'autres auteurs; mais elles sont toutes choisies de manière à jeter un nouveau jour sur ce genre d'affection, qui présente quelquefois des symptômes très-inquiétans, et qui se joint souvent à celle des os, des méninges et du cerveau lui-même. De larges incisions, pratiquées sur la tumeur que forme le périoste, paraissent être le meilleur moyen d'en provoquer la suppuration, et de soulager le malade quand il est impossible de le guérir.

§. II. *Causes.* —Parmi les causes capables de produire l'in-

flammation chronique du cerveau, l'auteur en cite une qui mérite de fixer l'attention des médecins, et sur laquelle nous ne pensons pas qu'on ait insisté avant lui. C'est la suppression ou la diminution de la sécrétion de l'urine. On a parlé de l'influence des maladies du foie sur la production de l'hydrocéphale, M. Abercrombie a vu souvent aussi cet épanchement séreux chez des sujets depuis long-temps atteints d'une affection chronique des organes respiratoires. Nous pensons qu'alors l'hydrocéphale ne reconnaît pour cause ni la maladie du foie, ni celle du poumon, mais la disposition du malade à contracter une inflammation chronique, que la moindre cause détermine.

§. III. *Diagnostic.* — L'auteur conclut des faits contenus dans son mémoire, 1°. que le coma et les autres symptômes ne doivent pas être considérés comme effets de l'épanchement, mais de l'état morbeux qui le produit.

2°. Qu'aucun symptôme ne peut nous indiquer d'une manière certaine l'existence de l'épanchement, puisqu'ils peuvent tous avoir lieu sans lui.

3°. Que ces mêmes symptômes peuvent exister dans un état simplement inflammatoire du cerveau, susceptible de céder à un traitement actif. Plus la maladie se rapproche de la forme aiguë, plus on a lieu d'espérer qu'on la combattra avec succès.

§. IV. *Traitement.* — Quant à la possibilité de guérir l'hydrocéphale, on pense bien que M. Abercrombie regarde cette question comme peu importante; il ne croit pas d'ailleurs qu'elle puisse être jamais résolue.

Ses moyens thérapeutiques sont à peu près ceux qui sont généralement adoptés. Il veut que l'application du froid se fasse au moyen d'un courant d'eau dirigé sur le sommet de la tête, jusqu'à ce qu'on obtienne l'effet désiré. Ce moyen énergique doit pourtant être employé avec réserve; car il l'a vu en quelques minutes faire passer un homme très-vigoureux, du délire le plus effréné, à un état semblable à l'asphyxie. Une autre fois, un enfant de cinq ans fut tiré en peu d'instans, par ce moyen, d'un coma profond qui durait depuis plus d'une heure.

L'auteur termine son ouvrage par huit observations où la maladie a été suivie de guérison. L'analogie qu'elles ont offerte dans leurs symptômes avec d'autres dont l'issue a été funeste, ne lui permet pas de douter qu'il n'ait réellement guéri des inflammations chroniques du cerveau.

Essai *sur le développement des dents chez l'homme;* par Jean-Frédéric Meckel [1].

Il paraît presque impossible d'ajouter rien à ce qu'on a écrit sur le développement des dents chez l'homme. Cependant j'ai cru m'apercevoir que divers points de ce sujet réclamaient encore des déterminations plus précises, et j'ai d'autant moins balancé à publier les résultats de mes recherches, que non-seulement elles remplissent quelques lacunes, mais encore rectifient plusieurs erreurs propagées par des observateurs récens.

§. I. *Etat primitif des capsules dentaires.* — Naissent-elles chacune isolément, ou forment-elles d'abord une cavité commune, qui ne se divise que peu à peu en plusieurs compartimens, par le moyen de cloisons transversales, comme il arrive à la portion alvéolaire des os maxillaires?

Je crois pouvoir établir, d'après un grand nombre d'observations faites sur des fœtus humains et des embryons de mouton, que chaque capsule naît isolément, quoiqu'elles soient toutes enveloppées dans l'os maxillaire par un tissu cellulaire commun, très-lâche, et abondamment abreuvé de sang.

Je dois aussi parler du rapport qui existe entre les capsules des dents de remplacement et celles des dents de lait. On sait, depuis les observations d'Albinus, confirmées par celles de Sœmmerring, de Blake, de Fox et de M. Serres, que les premières, ainsi que les dents qu'elles renferment, se trouvent primitivement dans la même cavité de l'os, mais que peu à peu elles sont séparées des autres par une cloison transversale, et que cependant la cavité de plusieurs dents de remplacement demeure ouverte du côté de la gencive. Blake a découvert que cette ouverture établit aussi une communication entre les capsules des dents de remplacement et celles des dents de lait. Les premières procèdent même des secondes.

Malgré les travaux de mes prédécesseurs, il restait encore deux questions à résoudre : 1°. les deux membranes de la capsule de la dent de remplacement sont-elles des continuations de la capsule de la dent de lait, ou n'y a-t-il que l'extérieure

---

[1] *Deutsches Archiv für die Physiologie*, tom. III, p. 556. — Supplément à l'article *dent*, dans le *Dictionaire des Sciences médicales*, tom. VIII, p. 318.

qui le soit ? 2°. quelles particularités les différentes dents présentent-elles sous le rapport de leurs ouvertures de communication ?

Je me suis assuré qu'il n'existe jamais d'ouverture de communication entre les membranes internes des deux capsules dentaires, mais que l'extérieure seule envoie un prolongement, dans lequel se développe la capsule de la dent de remplacement, complétement fermée dès l'instant de sa formation : il y a donc ici quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans l'œuf renfermant deux jumeaux, puisque le chorion et le placenta sont alors communs, tandis que chaque fœtus a son amnios.

Suivant Albinus, dont Blake partage le sentiment, les dents incisives et canines se distinguent de toutes les autres, en ce que leurs cavités sont les seules qui se prolongent, par des ouvertures, jusqu'au bord de la mâchoire : celles des petites molaires ne se trouvent déjà plus dans le même cas ; elles s'ouvrent au contraire dans le fond de la cavité des dents de lait, à la place desquelles elles se montrent, et immédiatement à la partie interne de leurs racines. M. Serres dit aussi que l'ouverture extérieure des petites molaires de remplacement se trouve dans la partie postérieure de l'alvéole des molaires de lait.

Mais Albinus a négligé les ouvertures de la cavité des petites molaires de remplacement, sans doute parce qu'il n'en connaissait pas l'importance : peut-être aussi fut-il conduit à cette omission par la présence des ouvertures situées au fond des molaires de lait, et qui sont beaucoup plus grandes ; mais les premières existent réellement à la même place que celles qui les ont précédées. Toujours on les voit au bord interne, et vers l'angle antérieur et interne de la cavité de la dent de remplacement. Elles ne diffèrent de celles des autres dents que par leur moindre ampleur ; mais le diamètre de ces ouvertures et des canaux qui vont du point où elles se trouvent à la cavité de la dent de remplacement, diminue de même depuis l'incisive interne jusqu'à la canine, et on peut toujours, malgré la diminution de capacité, distinguer ces ouvertures de communication de celles qui sont voisines, et qui livrent passage aux vaisseaux, par leur plus grande largeur ; mais elles paraissent s'obstruer avec le temps : au moins les ai-je toujours observées jusqu'à l'âge de trois ans, époque à laquelle il m'est arrivé souvent de ne plus les rencontrer.

Les ouvertures remarquées par Albinus dans le fond des cavités des dents de lait, ont un tout autre usage : elles se développent peu à peu, à mesure que la dent de remplacement croît et approche du moment de l'éruption ; en conséquence, elles augmentent dans la même proportion, et se comportent de la même manière que les vides existans dans la paroi postérieure de la cavité des incisives et des canines de lait.

Ainsi les cavités des vingt dents de remplacement qui chassent les dents de lait, s'ouvrent au dehors, vers la partie postérieure du bord de l'alvéole, et celles des petites molaires antérieures ne diffèrent de celles des incisives et canines qu'en ce que ces ouvertures sont plus petites, ne se confondent jamais avec les ouvertures d'éruption qui paraissent plus tard, mais au contraire s'oblitèrent *peut-être* avant l'apparition de ces dernières, pendant que les ouvertures de communication des canines et incisives, qui sont les plus amples, et qui persistent toujours, se confondent avec les ouvertures par lesquelles ces dents sortent. Ces différences tiennent incontestablement à trois causes ; 1°. à la position des dents de remplacement, car les petites molaires de remplacement sont situées *sous* celles dont elles prennent la place, tandis que les incisives et canines de remplacement sont situées derrière celles de lait ; 2°. à la différence du volume proportionnel de ces diverses dents, puisque les incisives et canines de remplacement sont beaucoup plus grosses, et les molaires de remplacement, au contraire, bien plus petites que celles dont elles tiennent lieu ; 3°. enfin à la formation et surtout à l'éruption beaucoup plus tardives des molaires.

§. II. *Epoque de la formation des capsules dentaires.* — Dès la dixième semaine après la conception chaque moitié des deux mâchoires renferme déjà quatre capsules, deux antérieures et deux postérieures. Les deux antérieures, de même que les deux postérieures, adhèrent assez fortement ensemble, mais sont séparées les unes des autres par un espace considérable. Les antérieures sont plus petites que les postérieures. Les premières sont évidemment les rudimens des incisives, et les secondes ceux des molaires. Vers la fin du troisième mois, il s'en est formée entre elles une cinquième pour la dent canine. Blake a déjà prouvé que la capsule pour la première molaire de remplacement existe après le quatrième mois.

§. III. *Première apparition du germe.* — Les capsules

dentaires m'ont paru ne contenir dans le principe qu'un fluide sans la moindre trace du germe. Leurs membranes sont d'autant plus épaisses, proportionnellement au diamètre de la cavité intérieure, qu'elles se rapprochent davantage du moment de leur apparition. Les germes ne se montrent qu'au commencement du quatrième mois de la gestation.

§. IV. *Forme du germe lors de son développement; changemens qu'il subit.* — On sait que le germe a la forme de la couronne de la dent, qui se moule exactement sur lui; mais la couronne de diverses dents est composée de plusieurs pièces osseuses : le germe se développe-t-il donc par plusieurs points ou par un seul? ou bien, au contraire, acquiert-il de suite toute son étendue, mais a-t-il seulement une surface unie et lisse, tandis que par la suite il offrira des inégalités, surtout dans les incisives et les molaires? Ces questions se présentèrent à moi, en considérant surtout que la plupart des dents molaires des poissons ont une surface triturante simple.

Après des recherches nombreuses et répétées, je trouvai que les germes de toutes les dents sont, dans le principe, simples et garnis d'un sommet arrondi. Les dents incisives et canines n'en ont qu'un seul : mais il y en a plusieurs pour les molaires; au moins n'en ai-je jamais observé ici dans l'origine qu'un seul, antérieur et externe, qui devenait peu à peu plus large, sur le fond de la capsule, sans augmenter sensiblement d'épaisseur; à côté de lui s'élèvent les autres, qui se confondent peu à peu avec lui. Comme les tubérosités des molaires sont de cette manière séparées d'abord jusqu'à la base de la capsule, les germes de ces dents ont alors beaucoup d'analogie avec les molaires des carnassiers, d'autant plus que, manquant encore de la tubérosité interne, elles sont plus étroites de dehors en dedans, qu'elles ne le seront par la suite.

§. V. *Epoque et mode de l'ossification des dents.* — On peut ajouter quelques corollaires à ce que nous savons déjà sur l'ossification des dents de lait et de celles de remplacement, sous le rapport du temps où elle s'opère et de la manière dont elle a lieu.

1°. *Temps de l'ossification des dents de lait.* Les écrivains ne sont point d'accord sur l'époque de la vie à laquelle l'ossification des dents de lait commence, et sur la succession des périodes qu'elle parcourt. Eustachi se contente de dire qu'elles se forment dès avant la naissance, et que les incisives parais-

ent plus tôt que les molaires. Cette assertion est fort exacte, mais rop vague. Des auteurs plus modernes s'expriment cependant encore avec moins de précision. Ainsi Courtois prétend que es germes des dents ne se montrent qu'au sixième mois, et Blake en recule même l'apparition jusqu'au huitième ou neuvième. Le défaut d'exactitude de ce dernier écrivain est d'autant plus surprenant, que Hunter avait déjà donné des indications plus précises. Suivant lui, l'ossification commence au cinquième mois, dans les incisives internes, et, à six ou sept mois, toutes les dents de lait ont des germes osseux. Ceux qui ont écrit depuis Hunter placent généralement avec lui le commencement de l'ossification des dents vers le milieu de la grossesse, et ne cherchent nullement à déterminer dans quel ordre se forment les différentes dents. On ne trouve même pas indiquée, dans une foule de manuels d'anatomie, l'époque de la première apparition de la substance osseuse. Mayer et M. Serres sont les seuls qui aient précisé un peu davantage les assertions de leurs prédécesseurs; tous deux prétendent que le premier germe osseux se fait voir dans les incisives internes, et le suivant dans les externes; mais ils diffèrent d'opinion quant aux autres: le troisième paraît dans la canine, suivant Mayer, et le quatrième dans les molaires antérieures; au contraire, M. Serres veut que le troisième se montre dans les molaires antérieures, le quatrième dans la canine, et le cinquième dans les molaires postérieures.

Dans cet état de choses, il n'était pas sans intérêt de chercher à déterminer exactement l'ordre que l'ossification suit en s'opérant. En examinant avec attention plusieurs embryons du milieu de la grossesse, j'ai trouvé qu'effectivement l'incisive interne était seule ossifiée; mais, contre ce qu'ont dit Eustachi, Mayer et M. Serres, l'ossification de l'incisive externe ne succède pas à celle de l'interne : c'est la molaire antérieure qui s'ossifie la seconde, puis l'incisive externe, ensuite la canine, et enfin la molaire postérieure, qui néanmoins se développe presque toujours dans le même temps que la canine. J'ai observé cette succession dans un si grand nombre d'embryons du même âge, que je ne crains point de l'établir en règle, quoiqu'elle semble avoir contre elle que l'incisive extérieure perce avant la molaire antérieure. Mais cette circonstance paraît moins importante, quand on pense que l'incisive de remplacement, qui perce aussi plus tard commence à se former avant les molaires de remplacement, et le volume con-

sidérable de la molaire antérieure est l'explication la plus vraisemblable qu'on puisse en donner.

2°. *Époque de l'ossification des dents de remplacement.* Les anciens écrivains s'expriment avec moins de précision touchant l'époque à laquelle les dents de remplacement commencent à s'ossifier.

La première molaire antérieure de remplacement s'ossifie plusieurs mois avant toutes les autres, de même que sa capsule et son germe paraissent bien avant ceux des autres. A la vérité, M. Serres dit tout récemment que, dans le fœtus à maturité et bien conformé, la première grosse molaire n'offre point encore de traces d'ossification ; mais, d'après une série considérable d'observations recueillies sur trente fœtus, au moins, du dernier mois de la grossesse, je puis certifier que cette assertion est erronée, attendu que, dans tous, sans en excepter un seul, j'ai trouvé un point d'ossification, très-petit à la vérité, mais bien sensible, dans le tubercule antérieur et interne de cette dent. Hunter prétend que la première molaire postérieure ne s'ossifie qu'avec la première incisive de remplacement, dans le cours du cinquième ou du sixième mois ; et beaucoup d'autres écrivains ont adopté son opinion. Je n'en crois cependant pas moins pouvoir établir le résultat de mes observations en règle générale, d'autant plus que non-seulement Eustachi a trouvé la même chose, mais encore que ce que j'avance est d'accord avec le sentiment de Blake et de Fox. Celui-là dit expressément que, dans un fœtus de huit à neuf mois même, l'une des pointes de la molaire antérieure de remplacement était ossifiée. Celui-ci assure, ce que je n'ai jamais rencontré, avoir vu le sommet de ces dents couvert d'écailles osseuses dans un fœtus à terme. Cependant je n'ai jamais observé non plus d'ossification avant la seconde moitié du dernier mois de la grossesse.

Immédiatement après la première molaire de remplacement, l'ossification commence dans les incisives et canines. Mes observations s'accordent avec celles de Hunter et de M. Serres, quant à l'incisive interne, qui s'ossifie la première, et du cinquième au sixième mois après la naissance ; j'y ai même trouvé une légère bande osseuse dès le commencement du quatrième mois. Au contraire, je n'ai jamais vu l'ossification s'opérer, dans l'incisive externe et la canine, aussi tard que le prétendent Hunter et M. Serres, c'est-à-dire du huitième au neuvième mois après la naissance : je l'ai toujours

vue commencer également dans le sixième ou le septième, quoiqu'elle fût fort en arrière de ce qu'elle était dans l'incisive interne. Il peut bien y avoir, et il y a en effet, des différences qui tiennent à une disposition individuelle; mais fort souvent aussi la petitesse d'une partie empêche d'en apercevoir les premiers développemens.

Dans le cours de la seconde année, commence la formation des petites molaires antérieures, et à trois ans celle des secondes molaires de remplacement : je n'ai jamais vu les dents de sagesse se former avant la neuvième année.

Peut-être les dents d'une mâchoire s'ossifient-elles de meilleure heure que celles de l'autre? Comme, en général, les dents de la mâchoire inférieure percent les premières, que la mâchoire inférieure se développe plus rapidement que la supérieure, et que ses deux moitiés sont soudées de très-bonne heure, tandis que celles de la mâchoire supérieure demeurent séparées jusque dans un âge très-avancé, on pourrait croire aussi que les dents qu'elle supporte s'ossifient les premières, quoique les faits indiqués précédemment prouvent qu'il ne faut pas trop s'en rapporter ici à l'induction. Fox et M. Serres ont réellement aussi établi que les dents inférieures s'ossifient avant les supérieures : j'ai trouvé cette assertion *presque toujours* vraie pour les dents de lait et pour celles de remplacement : je n'ai vu dans les embryons de quatre mois que les incisives internes *inférieures*, et, dans les enfans de six mois, je me suis aperçu que les incisives inférieures, mais surtout les canines, étaient infiniment plus développées que les supérieures. Comme les dents du même nom percent presque à la même époque dans les deux mâchoires, les exceptions que cette règle souffre quelquefois sont d'autant moins importantes, qu'on les explique très-bien en outre par la grosseur bien plus considérable des dents supérieures.

3°. *Mode d'ossification de la dent.* Ici se présentent plusieurs questions : Quel est le rapport de lieu et de continuité entre le noyau osseux et le germe de la dent? Est-ce la partie osseuse ou la partie émaillée qui naît la première? Sont-ce les couches internes ou les externes qui se forment d'abord? Quelles particularités les dents offrent-elles par rapport au nombre des pièces osseuses qui entrent dans leur composition?

A. Une foule d'observations ont démontré que la substance osseuse ne se forme pas *dans*, mais *sur* le germe de la dent.

24.

Sœmmerring est le seul qui prétende le contraire ; mais je n'ai jamais pu rien découvrir qui justifiât son opinion.

Il n'y a pas de connexion visible entre la matière osseuse et le germe, quoique, quand la première a atteint une certaine hauteur, et surtout quand elle s'est repliée en dessous, il soit difficile d'en extraire le germe. Bichat prétend que la substance osseuse et le germe de la dent sont unis par des prolongemens vasculaires, et Blake, avant lui, avait élevé des doutes contre l'opinion de Hunter, qui assurait qu'une liaison semblable n'existe point. Les observations que j'ai faites à l'œil nu et au microscope, m'obligent d'adopter le sentiment de Hunter. Je n'ai jamais vu de vaisseaux de cette espèce dans les dents bien injectées d'hommes et d'animaux, quoique la partie libre du germe fût alors d'une couleur bien plus foncée que le restant. M. Serres est arrivé aux mêmes résultats, et Sœmmerring dit précisément la même chose, de sorte que je ne puis concilier les deux passages où il se contredit d'une manière si évidente.

B. On admet généralement que la substance osseuse se forme avant l'émail. Comme Jourdain prétend le contraire, j'ai examiné ce sujet avec toute l'attention dont je suis capable, et j'ai reconnu que la formation des deux substances est simultanée, car j'ai trouvé de très-petites écailles dentaires couvertes d'une légère couche blanche et émaillée [1].

C. Suivant Hunter, les lames extérieures de la portion osseuse de la dent se forment les premières, et sont les plus courtes. La première proposition est sans contredit d'une exactitude parfaite, et comme la substance osseuse est dé-

---

[1] D'après les recherches du docteur G. Meissner, le fluide contenu dans les capsules dentaires est limpide, et troublé seulement par de légers flocons. Il a une saveur fade, et point d'odeur ; sa consistance est mucilagineuse, mais il ne file point ; il contient un acide, parce qu'il rougit les teintures bleues végétales : cet acide ne peut être l'acide phosphorique, car la liqueur trouble à peine l'eau de chaux. M. Meissner présume que c'est l'acide tartareux ou l'acide lactique trouvé dans la salive par M. Berzelius. En outre, il y a reconnu la présence d'une grande quantité de mucus, d'un peu d'albumine, du phosphate de chaux, et de quelques autres sels moins abondans, muriates et sulfates. L'acide paraissait être plus abondant dans la capsule des dents de lait que dans celle des dents de remplacement, car, à quantité égale, la liqueur contenue dans les premières donnait un précipité plus abondant avec l'oxalate d'ammoniaque. En examinant le même fluide fourni par un jeune veau, j'ai trouvé qu'il était alcalin au lieu d'être acide, et qu'il contenait davantage de mucus et de phosphate de chaux.

posée par le germe de la dent, l'origine ne peut point être autre. Mais Blake prétend que les lames externes sont les plus longues, et que les internes, formées les dernières, sont les plus courtes. Il croit même pouvoir expliquer par là la manière dont la cavité dentaire s'éloigne peu à peu de la surface triturante, quoiqu'il soit évident que ce phénomène s'expliquerait tout aussi facilement dans l'hypothèse contraire. Bichat dit, avec beaucoup de justesse, que la disposition des fibres, qui correspond en général à la direction des racines, est très-difficile à démêler : en effet, elle l'est souvent, surtout dans les dents anciennes ; mais quand j'ai examiné des dents nouvelles, j'ai presque toujours trouvé la proposition de Hunter conforme à la vérité.

D. Les auteurs ne sont pas non plus d'accord sur le mode de développement des dents, par rapport au nombre et à la forme des noyaux osseux.

Rudolphi assure que toutes ne sont pas formées d'une seule pièce, mais que les incisives, sauf quelques exceptions rares, en contiennent trois ; les canines, deux ; les petites molaires, deux à trois, et les grosses, quatre ou cinq. Il n'y a là-dedans de nouveau que ce qui concerne les canines, car Hunter avait déjà dit que les incisives sont ordinairement formées de trois pièces : l'une, centrale, qui paraît la première, et deux autres latérales, plus petites. Il avait aussi tracé le même tableau que Rudolphi de la composition des petites et grosses molaires ; mais il n'avait accordé qu'un seul point d'ossification aux canines.

M. Cloquet a prétendu, au contraire, que *toutes* les dents se développent par un seul point d'ossification. Cette assertion est tellement extraordinaire, que, pour s'en rendre raison, il faut supposer que, comme on n'aperçoit d'*abord* qu'*un seul* germe, même dans les dents composées, M. Cloquet a négligé la période comprise entre le temps où cette disposition s'observe, et celui où les germes isolés qui s'étaient formés un peu plus tard *sont déjà confondus ;* ce qui l'aura porté à croire que ce germe, en apparence unique, quoique produit en réalité par la réunion de plusieurs, était la continuation immédiate du germe primitif, véritablement unique.

Hunter tient le milieu entre les assertions extrêmes de Rudolphi et de M. Cloquet, car il n'accorde qu'un seul point d'ossification aux canines. La plupart des écrivains, tels que Albinus, Blake, M. Serres, etc., vont encore plus loin. Sr-

vant eux, les incisives se développent également par un seul point d'ossification, et ils n'en accordent plusieurs qu'aux molaires. Les résultats de mes recherches sont conformes aux leurs. Quoique le point d'ossification de l'incisive ne forme qu'une pointe triangulaire et fort étroite, qui n'est pas, comme dans la suite, large et beaucoup plus élevé dans le milieu que sur les côtés, cependant jamais, dans aucune période, non plus que dans aucune des incisives des deux mâchoires, je n'ai vu d'autres points osseux se développer à côté de lui. C'est donc réellement ce point qui s'étend de chaque côté, et dont les parties latérales, d'abord plus basses, s'élèvent peu à peu au même niveau que celle du milieu.

Il résulte aussi de toutes mes recherches, que les canines ne se développent non plus que par un seul point d'ossification; et je doute d'autant moins de l'exactitude de ce que j'avance, que le germe osseux de ces dents ne représente jamais un triangle rectiligne, comme il devrait le faire si l'assertion de Rudolphi était exacte. On peut encore opposer à cette dernière, que le germe simple des canines se montre toujours exactement dans la ligne médiane; ce qui n'aurait pas lieu si la dent était composée de deux moitiés.

Au reste, les opinions de Hunter et de Rudolphi, qui sont contraires à celles d'Albinus et de Blake, me paraissent avoir d'autant moins de poids, que Hunter exprime la sienne d'une manière très-laconique, et que Rudolphi se fonde, non pas sur l'observation de ce qui a lieu dans le fœtus, mais sur l'action des acides affaiblis : or, cette action prouve seulement que les dents sont plus faibles et plus minces dans les endroits où l'on parvient à les diviser, que dans les autres, et rien n'autorise à conclure de là qu'elles soient formées d'autant de germes distincts qu'on compte de pièces dans lesquelles elles se résolvent.

D'ailleurs l'observation faite par Rudolphi lui-même, d'après Meyer, de la séparation des dents en plusieurs fragmens transversaux et superposés, par l'effet de la macération dans une liqueur acide, prouve encore contre les inductions qu'il a tirées de ses expériences. En outre, il est faux que la division s'arrête au bas de la couronne, comme Rudolphi le prétend; car très-souvent je l'ai vue, dans des incisives et des canines, se continuer tout le long de la racine. Au résumé, j'ai trouvé, en répétant l'expérience à plusieurs reprises, et toujours avec soin, tant d'irrégularité et si peu d'uniformité dans les résul-

tats, que je ne crois pas qu'on en puisse rien conclure pour le mode de développement des dents.

L'examen attentif de la première forme des dents n'est pas dénué d'intérêt. Il vient à l'appui de la loi que les parties, les plus dissemblables quand elles sont complétement développées, se ressemblent beaucoup dans l'origine, et ne deviennent différentes les unes des autres que peu à peu.

La première trace d'ossification dans toutes les dents, incisives, canines et molaires, est un tubercule triangulaire et pointu : ce tubercule s'élargit d'un côté à l'autre dans les incisives ; mais, dans les canines, il croît en conservant la même forme qu'il avait d'abord; dans les molaires, il s'étend de même que dans les incisives. Le premier tubercule des molaires paraît presque toujours en dedans et en devant, par conséquent en partie du côté le plus rapproché de la portion moyenne de la mâchoire où commence la première ossification, et en partie dans le même plan que cette dernière. C'est seulement lorsque le premier germe antérieur des canines s'est développé, et a pris la forme d'une dent incisive, qu'on en voit paraître, vis-à-vis, un nouveau, qui parcourt les mêmes transmutations, aussi bien que plusieurs dont l'apparition est encore postérieure à la sienne.

§. VI. *Succession des dents.* — Les écrivains sont partagés au sujet de l'éruption des dents de lait et des dents de remplacement. L'opinion la plus générale est que les incisives internes paraissent les premières, et que les externes leur succèdent; mais on n'est pas d'accord relativement à la succession des molaires et canines. Suivant une foule d'écrivains, Rau, Martin, Lecluse, Bourdet, Berdmore, Sabatier, Brunner, Wasserberg, Berger, Cuvier [1], Murat [2], il est de règle que les canines, étant les plus voisines des incisives, percent aussi les premières après elles, et plusieurs ne parlent de leur éruption à une époque plus reculée que comme d'un phénomène rare. D'autres observateurs, Hunter, Sœmmerring, Hirsch, Blake, Fox et M. Serres, prétendent, au contraire, que les molaires internes, tant les antérieures, parmi les dents de lait, que les bicuspides, parmi celles de remplacement, sortent, dans l'ordre de la nature, avant les canines. Quelques-uns, comme Flormann et Hildenbrandt, veulent que les

---

[1] *Dictionnaire des Sciences médicales*, tom. VIII, pag. 324.
[2] *Ibid.*, pag. 410.

molaires antérieures et les canines percent à la même époque, sans dire précisément si les unes ou les autres paraissent avant ou après. Enfin Gariot a dit que les molaires antérieures perçaient à peu près dans le même temps que les postérieures, opinion que Brunner partageait aussi.

Après avoir observé un très-grand nombre de mâchoires sur des enfans vivans et morts, je me range de l'avis des auteurs qui ont écrit que les molaires antérieures percent immédiatement après les incisives externes; qu'elles sont suivies des canines; que les molaires antérieures précèdent quelquefois les incisives externes, et que les molaires postérieures percent plus souvent avant les canines que celles-ci avant les molaires antérieures. Quoique le nombre des observateurs qui professent l'opinion contraire surpasse de beaucoup celui des écrivains qui adoptent la mienne, cependant les premiers me paraissent plutôt s'être copiés les uns les autres, qu'avoir observé la nature. L'ordre de succession que j'ai indiqué s'applique aux dents de lait et à celles de remplacement, quoiqu'ici les canines se développent, dans l'ensemble de leurs parties, avec plus de rapidité que les molaires.

Sur *la syphilis qui règne dans les provinces septentrionales de la Turquie européenne;* par le docteur Weizmann [1].

Suivant l'opinion du docteur Weizmann, médecin à Bucharest, la syphilis répandue dans le nord de la Turquie d'Europe ne se propage pas par la contagion seule, mais se développe encore spontanément tous les jours, quoiqu'avec de légères modifications, dues à ce que la nature ne répète jamais les mêmes actes. Les argumens sur lesquels il se fonde sont les suivans :

1°. La Moldavie, la Walachie et la Bulgarie réunissent trois des conditions les plus favorables à la production de la syphilis : multiplicité des maladies cutanées, élévation de la température, et passions très-ardentes chez les habitans.

2°. Des observations directes démontrent que les exan-

---

[1] *Russische Sammlung für Naturwissenschaft und Heilkunde*, tom. I, cah. II, pag. 126.

thèmes, développés pendant les grandes chaleurs de l'été, provoquent souvent, aux parties génitales, des pustules qui guérissent en peu de jours quand on les soigne bien, mais qui, lorsqu'on s'abandonne aux plaisirs de l'amour, dont le goût est éveillé de très-bonne heure dans ces climats, dégénèrent en ulcères difficiles à distinguer des chancres proprement dits, déterminent des douleurs ostéocopes, des exostoses, en un mot, tous les accidens de la syphilis, détruisent des parties entières du corps, et ne cèdent qu'à un traitement antisyphilitique. Il est assez commun aussi que les flueurs blanches, affection très-répandue, prennent, par l'abus des jouissances, un caractère de malignité tel, qu'elles donnent lieu à des phlogoses suivies d'ulcérations aux parties génitales de l'homme, chez qui elles développent ainsi la syphilis.

3°. La réclusion sévère des femmes dans les harems ne permet pas, dans ces contrées, de soupçonner, comme chez nous, des plaisirs illicites, pour expliquer les accidens dont on est témoin. « J'ai, dit l'auteur, traité plusieurs grands, qui, pendant la première nuit de leurs noces, avaient contracté des blennorrhagies, des chancres et des bubons avec leurs épouses, dont la virginité ne leur était cependant point douteuse, mais qui étaient elles-mêmes atteintes déjà de la leucorrhée. En Bulgarie, j'ai donné des soins à un pacha affecté de graves accidens syphilitiques, ainsi que ses vingt-quatre femmes, malgré qu'il n'eût point eu de commerce avec d'autres personnes du sexe; seulement plusieurs de ses odalisques avaient des flueurs blanches, et lui-même était affligé, tous les étés, d'une éruption qui se manifestait d'abord aux parties génitales, parce qu'il n'avait pas soin de s'abstenir alors du coït, et qui se répandait de là par tout le corps. Pendant la campagne de Bulgarie, qui eut lieu au milieu des chaleurs de l'été, en 1810, j'ai vu plusieurs soldats russes contracter de semblables maladies éruptives, sans qu'on pût admettre l'infection syphilitique chez eux. »

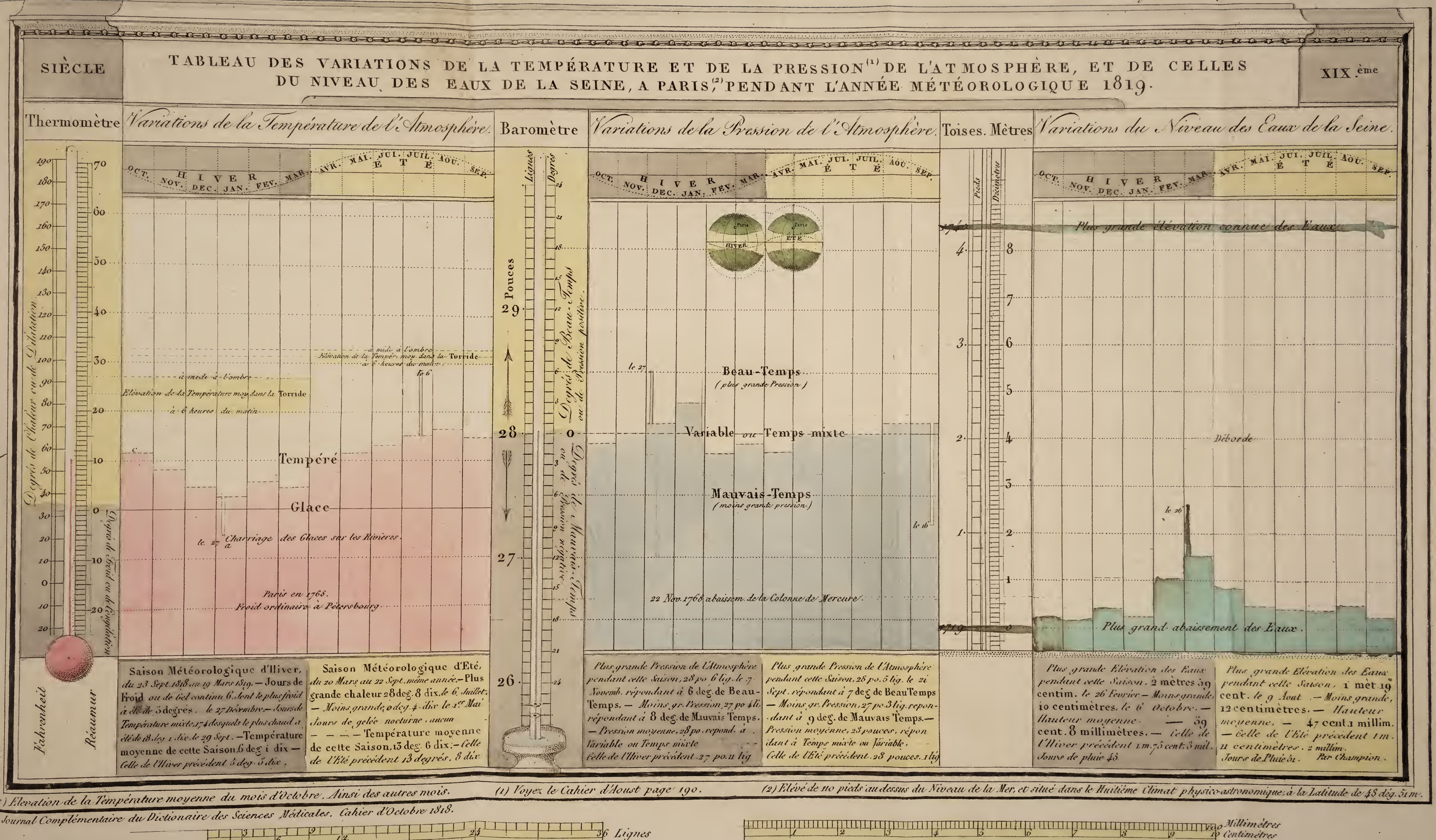
4°. Long-temps avant l'apparition de la syphilis en Europe, dans le second siècle de notre ère, lorsque Trajan envoya dans la Dacie un grand nombre de colons, la plupart gens sans aveu ou malfaiteurs, plusieurs de ceux-ci furent frappés d'un exanthème ulcéreux aux parties génitales, qui faisait des progrès rapides quand on l'abandonnait à lui-même, et qui souvent même causait la mort. Aussi divers médecins de

ces contrées sont-ils encore aujourd'hui persuadés que la syphilis existait chez eux à l'époque où ils obéissaient aux Romains payens.

Le docteur Weizmann conclut que la manifestation de la syphilis peut être due à l'influence d'un climat inaccoutumé, et au mélange avec des peuples étrangers. C'est de cette manière qu'il explique son apparition, en 106, dans les colonies romaines de la Dacie ; en 1492, parmi les compagnons de Christophe Colomb ; et, en 1493, chez les habitans de Rome et de Naples, après l'expulsion des Maures d'Espagne. Il pense qu'on doit admettre cette production à plusieurs époques différentes et successives, pour concilier les assertions contradictoires des historiens, et qu'une constitution épidémique particulière peut seule expliquer pourquoi la maladie prit, vers la fin du quinzième siècle, plus d'extension qu'elle ne l'avait encore fait jusqu'alors.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

La première partie, offrant la figure du thermomètre de Réaumur, avec l'échelle de Fahrenheit, est destinée à montrer les variations de la température, par la plus ou moins grande élévation des colonnes en carmin, à l'extrémité supérieure desquelles se trouve l'un des douze mois de l'année météorologique. La courbe sur laquelle ces mois sont inscrits figure l'écliptique, qu'on voit tracé sur les deux hémisphères, divisés par zones, situés au milieu du tableau, et montrant la position de Paris, presqu'au milieu de la zone tempérée ; position qui en détermine le climat. Chacune des colonnes coloriées indique, par son élévation, la *température moyenne* de chaque mois ; et les points *a* et *b* indiquent, l'un, la température la plus basse de l'hiver, et l'autre, la plus élevée de l'été, ou le jour le plus froid et le plus chaud de l'année. Le *résumé* qui se trouve au bas de chaque saison achève de donner l'intelligence du tableau. La seconde partie, offrant l'extrémité supérieure de la graduation du baromètre, est destinée à montrer les différentes hauteurs du niveau de la colonne de mercure dans le tube. Ces hauteurs sont les moyennes de chaque mois. Les degrés supérieurs, à partir de vingt-huit pouces ou de zéro, sont des degrés d'élévation produits par la *pression positive*, ou en *plus*, de l'atmosphère ; et les degrés inférieurs, à partir du même terme de vingt-huit pouces ou de zéro, sont des degrés d'abaissement, de *pression négative*, ou en *moins*. La troisième partie montre, pour chaque mois, la hauteur du niveau des eaux de la Seine à Paris, au moyen de l'échelle graduée en toises et pieds, et en mètres et décimètres, et rend sensibles les crues et décrues successives des eaux de cette rivière. Les teintes qu'on remarque sur ces différens tableaux sont figuratives : celle de carmin figure la liqueur du thermomètre ; la teinte sombre, la saison d'hiver, le froid ou le mauvais temps ; et la teinte couleur d'or, le beau temps, la présence du soleil, ou la chaleur produite par ses rayons.


SIÈCLE
TABLEAU DES VARIATIONS DE LA TEMPÉRATURE ET DE LA PRESSION(1) DE L'ATMOSPHÈRE, ET DE CELLES DU NIVEAU DES EAUX DE LA SEINE, A PARIS,(2) PENDANT L'ANNÉE MÉTÉOROLOGIQUE 1819.
XIX.ème
Thermomètre
Variations de la Température de l'Atmosphère.
Baromètre
Variations de la Pression de l'Atmosphère.
Toises. Mètres
Variations du Niveau des Eaux de la Seine.
OCT. NOV. DEC. JAN. FEV. MAR. AVR. MAI. JUI. JUIL. AOU. SEP.
HIVER
ÉTÉ
Degrés de Chaleur ou de Dilatation
Degrés de Froid ou de Congélation
Fahrenheit
Réaumur
à midi à l'ombre
Élévation de la Tempér. moy. dans la Torride
à 6 heures du matin
à midi à l'ombre
Élévation de la Température moy. dans la Torride
à 6 heures du matin
Tempéré
Glace
le 27 Charriage des Glaces sur les Rivières.
Paris en 1768.
Froid ordinaire à Pétersbourg.
Pouces
Lignes
Degrés
Degrés de Beau-Temps ou de Pression positive.
Degrés de Mauvais-Temps ou de Pression négative.
HIVER
ÉTÉ
Paris
Beau-Temps (plus grande Pression)
Variable ou Temps mixte
Mauvais-Temps (moins grande pression)
22 Nov. 1768 abaissem. de la Colonne de Mercure.
Pieds
Décimètres
Plus grande élévation connue des Eaux.
Déborde
Plus grand abaissement des Eaux.
Saison Météorologique d'Hiver, du 23 Sept. 1818 au 19 Mars 1819. — Jours de Froid ou de Gel continu 6. dont le plus froid a été de 5 degrés, le 27 Décembre. — Jours de Température mixte, 174 desquels le plus chaud a été de 18 deg. 1 dix. le 29 Sept. — Température moyenne de cette Saison, 6 deg. 1 dix — Celle de l'Hiver précédent 5 deg. 5 dix.
Saison Météorologique d'Eté, du 20 Mars au 22 Sept. même année. — Plus grande chaleur 28 deg. 8 dix. le 6 Juillet. — Moins grande, 0 deg. 4 dix le 1er Mai. Jours de gelée nocturne, aucun. — Température moyenne de cette Saison, 13 deg. 6 dix. — Celle de l'Eté précédent 13 degrés, 8 dix.
Plus grande Pression de l'Atmosphère pendant cette Saison, 28 po. 6 lig. le 7 Novemb. répondant à 6 deg. de Beau-Temps. — Moins gr. Pression, 27 po. 4 li. répondant à 8 deg. de Mauvais Temps. — Pression moyenne, 28 po. répond. à Variable ou Temps mixte. Celle de l'Hiver précédent 27 po. 11 lig.
Plus grande Pression de l'Atmosphère pendant cette Saison, 28 po. 5 lig. le 21 Sept. répondant à 7 deg. de Beau Temps — Moins gr. Pression, 27 po. 3 lig. répondant à 9 deg. de Mauvais Temps. — Pression moyenne, 28 pouces, répondant à Temps mixte ou Variable. Celle de l'Eté précédent 28 pouces 1 lig.
Plus grande Elévation des Eaux pendant cette Saison, 2 mètres 59 centim. le 26 Fevrier — Moins grande, 10 centimètres, le 6 Octobre. — Hauteur moyenne. — 59 cent. 8 millimètres. — Celle de l'Hiver précédent 1 m. 75 cent. 3 mil. Jours de pluie 45.
Plus grande Elévation des Eaux pendant cette Saison, 1 mèt. 19 cent. le 9 Aout. — Moins grande, 12 centimètres. — Hauteur moyenne, — 47 cent. 1 millim. — Celle de l'Eté précédent 1 m. 11 centimètres. 2 millim. Jours de Pluie 51. Par Champion.
(*) Elevation de la Température moyenne du mois d'Octobre. Ainsi des autres mois.
(1) Voyez le Cahier d'Aoust page 190.
(2) Elévé de 110 pieds au dessus du Niveau de la Mer, et situé dans le Huitième Climat physico-astronomique, à la Latitude de 48 dég. 51 m.
Journal Complémentaire du Dictionaire des Sciences Médicales. Cahier d'Octobre 1818.
36 Lignes
3 Pouces
10 Millimètres
10 Centimètres
1 Décimètre

Observations météorologiques *relevées de celles faites à l'Observatoire Royal, du* 24 août *au* 22 septembre 1818 *inclusivement, temps de la durée du soleil dans le signe de la vierge, ou durée de la terre en opposition avec ce signe, formant le mois météorologique de* septembre, *de* 30 *jours.*

Phases de la lune.	Mois.	Jours du mois civil.	Jours du mois météor.	Therm. selon Réaumur. matin. deg.	dix.	midi. deg.	dix.	soir. deg.	dix.	Baromètre ancien. matin. pou.	lig.	midi. pou.	lig.	soir. pou.	lig.	Vents. matin.	midi.	soir.
	Août 1818.	24	1	7	0	15	2	17	0	28	4	28	4	28	3	N. O.	N. O.	O. S. O.
		25	2	10	8	17	1	17	1	28	5	28	3	28	2	N. N. O.	N. N. O.	N. O.
		26	3	10	1	15	5	15	1	28	2	28	2	28	1	N. O.	Ouest.	Ouest.
		27	4	9	2	15	6	16	1	28	0	28	1	28	0	Ouest.	Ouest.	O. N. O.
		28	5	12	2	18	1	19	4	27	11	27	11	28	0	S. O.	S. O.	S. O.
		29	6	13	3	19	4	18	6	28	1	28	2	28	2	O. N. O.	O. S. O.	N. O.
		30	7	9	2	20	6	19	7	28	1	28	1	28	0	Ouest	Ouest.	Ouest.
● N. L. C^rs.		31	8	8	9	18	2	20	4	28	1	28	1	28	0	N. O.	N. N. O	Est.
	Septembre 1818.	1	9	14	6	20	5	19	4	27	9	27	10	27	10	Sud.	S. O.	S. O.
		2	10	13	0	17	2	17	8	27	11	27	11	28	0	N. O	N. O.	N. O.
		3	11	19	4	18	8	18	8	28	2	28	3	28	3	Nord.	Nord.	Ouest.
		4	12	8	4	20	5	20	3	28	3	28	3	28	2	S. O.	S. O.	S. O.
		5	13	13	0	22	1	22	4	28	2	28	2	2	1	N. O.	S. E.	S. S. E
		6	14	12	8	21	9	17	4	27	11	27	11	27	11	Sud.	Sud.	Sud
P. Q.		7	15	9	5	14	8	16	0	27	11	28	0	28	0	O. N. O	O. N. O	Ouest
		8	16	7	0	14	6	6	0	28	0	28	1	28	0	O. N. O.	O. N. O.	Ouest.
		9	17	6	6	14	2	14	4	27	10	27	10	27	9	O. N. O	O. S. O.	O. S. O
		10	18	8	2	12	6	11	9	27	7	27	9	27	10	Nord.	Nord.	N. O
		11	19	6	0	11	6	17	0	28	0	28	0	28	0	Ouest.	Ouest	N. O.
		12	20	7	8	13	6	13	0	28	1	28	1	28	2	Ouest.	Ouest.	Ouest
		13	21	6	5	14	4	13	8	28	2	28	3	28	3	N. O.	N. O.	N. O
● P. L. D^rs.		14	22	6	9	14	3	15	0	28	4	28	5	28	4	N. O.	Nord	Nord.
		15	23	6	1	16	5	16	7	28	2	28	1	28	0	Sud.	S. O.	S. O.
		16	24	9	9	14	6	13	2	27	10	27	10	27	11	Sud f.	S. O.	O. N. O
		17	25	7	0	12	0	12	2	28	0	28	2	28	3	N. O.	N. O.	O. N. O.
		18	26	4	6	13	9	14	8	8	4	28	3	28	3	N. O.	N. O.	S. O.
		19	27	8	6	13	6	15	6	28	1	28	1	28	2	S. O.	Sud.	Sud.
		20	28	6	8	16	0	17	2	27	10	27	10	27	9	S. E.	S. E.	S.
		21	29	11	4	19	8	15	6	27	8	27	9	27	9	Sud.	Sud.	Sud.
D. Q.		22	30	11	5	11	9	11	1	27	10	27	10	27	10	S. O.	S. O.	O. S. O

Température la plus élevée du présent mois, 22 deg. 4 dix., le 5 septembre. — La moins élevée. 4 deg. 6 dix., le 18. — *Température moyenne*, 14 deg. — Celle du mois précédent, 16 deg. 6 dix.

Plus grande pression de l'atmosphère, 28 pou. 5 lig répondant à 5 deg. de beau temps. — Moins grande pres. 27 pou. 7 lig répondant à 5 deg. de mauvais temps. — *Pression moyenne*, 28 pou. répondant à temps mixte ou variable.

Vents ayant dominé pendant ce mois, ceux de la partie de l'*Ouest* et du *N. O*, dans la proportion de 20 jours sur 30.

Observations météorologiques *relevées de celles faites à l'Observatoire Royal, du* 24 août *au* 22 septembre 1818 *inclusivement temps de la durée du soleil dans le signe de la vierge, ou durée de la terre en opposition avec ce signe, formant le mois météorologique de* septembre, *de* 30 *jours.*

Phases de la lune.	Mois.	Jours du mois civil.	Jours du mois météor.	État du ciel atmosphérique. le matin.	vers midi.	le soir.	Variations du niveau des eaux de la Seine.
							m. cent.
	Août 1818.	24	1	nuageux.	nuageux.	nuageux.	0 10
		25	2	couvert.	très-nuageux.	nuageux.	0 10
		26	3	très-nuageux.	couvert.	couvert.	0 11
		27	4	très-nuageux.	très-couvert.	couvert.	0 17
		28	5	couvert, *pluie fine.*	couv., *quelq. g. d'eau*	nuageux.	0 10
		29	6	couvert.	très-couvert.	nuageux.	0 10
		30	7	nuag., léger brouil.	nuageux.	nuageux.	0 16
● N. L. C^rs.		31	8	nuageux, brouillard.	légères vapeurs.	légères vapeurs.	0 08
	Septembre 1818.	1	9	*pluie*, éclairs, tonn.	très-nuageux.	couvert.	0 07
		2	10	couvert.	nuageux.	nuageux.	0 10
		3	11	très-nuageux.	nuageux.	nuageux.	0 13
		4	12	nuageux, brouillard.	nuageux.	nuageux.	0 09
		5	13	nuageux, brouillard.	légers nuages.	nuageux.	0 05
		6	14	lég. nuag. et lég. br	quelques éclaircies.	couvert.	0 13
☽ P. Q.		7	15	couvert, brouillard.	nuageux.	nuageux.	0 04
		8	16	nuageux.	tr.-nuag. *pl.* à 1 h.	nuageux.	0 04
		9	17	nuageux.	très-nuageux.	couvert, *pluie.*	0 06
		10	18	*pluie fine.*	nuageux.	très-nuageux.	0 14
		11	19	couvert, *pluie* à 8 h.	très-nuageux.	tr.-nuag., *pl.* à 1 h.	0 10
		12	20	couvert.	très-nuageux.	nuageux.	0 12
		13	21	nuageux.	nuageux.	couvert.	0 20
● P. L. D^rs.		14	22	beau ciel.	nuageux.	nuageux.	0 11
		15	23	lég. nuages, brouill.	légers nuages.	légers nuages.	0 15
		16	24	*pluie abondante.*	couvert.	très-nuageux.	0 16
		17	25	nuageux.	nuageux.	nuageux.	0 20
		18	26	nuageux, brouillard.	couvert.	quelques éclaircies.	0 10
		19	27	tr.-nuag. *pluie* à 8 h.	couvert.	nuageux.	0 11
		20	28	nuageux.	légers nuages.	légers nuages.	0 15
		21	29	couvert.	couv., *pl.*, tonn. à 1 h.	couvert.	0 11
☾ D. Q.		22	30	couvert, brouillard.	*pluie continuelle.*	*pluie continuelle.*	0 11

Jours dans lesquels il est tombé de la pluie, 9, 2 desquels avec tonnerre.

Hauteur moy. pendant ce mois, 11 cent. 3 millimèt. — Celle du mois précédent, 15 cent. 2 millim.

TABLE

Alphabétique des Matières contenues et des Auteurs cités dans le Tome premier [1].

[1] Les caractères italiques indiquent les ouvrages dont on n'a donné que les extraits, et les auteurs de ces mêmes ouvrages, ou ceux qui ne sont cités qu'incidemment.

Pour faciliter les recherches, et rattacher encore plus intimement le *Journal* au *Dictionaire*, nous réunirons, tous les cinq ans, les tables des quinze volumes en une seule, formant un numéro supplémentaire, que les Souscripteurs recevront *gratis*.

FIN DE LA TABLE.

IMPRIMERIE DE C. L. F. PANCKOUCKE.